Área de Bioética- CENDEISSS

SUBÁREA DE BIOÉTICA CLÍNICA Y EN GESTIÓN | [Dirección de la compañía]

Expediente Comité de Bioética Clínica

Indique el Nombre del Centro.

Vigencia año 2022-2025

****

Contenido

[Dirección Médica 3](#_Toc50534519)

[Nombramiento de los miembros del Comité de Bioética Clínica y compromisos 3](#_Toc50534520)

[Presidente (a) 4](#_Toc50534521)

[Ficha Personal y Profesional 4](#_Toc50534522)

[Acuerdo de Confidencialidad 5](#_Toc50534523)

[Declaración de Conflicto de Intereses 6](#_Toc50534524)

[Vicepresidente (a) 9](#_Toc50534525)

[Ficha Personal y Profesional 9](#_Toc50534526)

[Acuerdo de Confidencialidad 10](#_Toc50534527)

[Declaración de Conflicto de Intereses 11](#_Toc50534528)

[Secretario(a) 14](#_Toc50534529)

[Ficha Personal y Profesional 14](#_Toc50534530)

[Acuerdo de Confidencialidad 15](#_Toc50534531)

[Declaración de Conflicto de Intereses 16](#_Toc50534532)

[Representante de la Comunidad 19](#_Toc50534533)

[Ficha Personal y Profesional 19](#_Toc50534534)

[Acuerdo de Confidencialidad 20](#_Toc50534535)

[Declaración de Conflicto de Intereses 21](#_Toc50534536)

[Vocal 24](#_Toc50534537)

[Ficha Personal y Profesional 24](#_Toc50534538)

[Acuerdo de Confidencialidad 25](#_Toc50534539)

[Declaración de Conflicto de Intereses 26](#_Toc50534540)

[Suplente 1 29](#_Toc50534541)

[Ficha Personal y Profesional 29](#_Toc50534542)

[Acuerdo de Confidencialidad 30](#_Toc50534543)

[Declaración de Conflicto de Intereses 31](#_Toc50534544)

[Suplente 2 34](#_Toc50534545)

[Ficha Personal y Profesional 34](#_Toc50534546)

[Acuerdo de Confidencialidad 35](#_Toc50534547)

[Declaración de Conflicto de Intereses 36](#_Toc50534548)

[Anexo 1 39](#_Toc50534549)

# Dirección Médica

## Nombramiento de los miembros del Comité de Bioética Clínica y compromisos

Yo, Nombre completo, cédula 0-0000-0000, en mi condición de Director(a) Médico(a) de Nombre del Centro, nombro a las siguientes personas como miembros activos del Comité de Bioética Clínica (CBC) y me comprometo a incentivar y fomentar su capacitación continua, así como a facilitar el acceso a los siguientes recursos para su adecuado funcionamiento:

**Conformación del Comité**

|  |  |
| --- | --- |
| Función | Nombre Completo |
| Presidente(a) |  |
| Vicepresidente(a) |  |
| Secretario(a) |  |
| Representante de la Comunidad |  |
| Vocal |  |
| Suplente 1 |  |
| Suplente 2 |  |

**Recursos**

|  |  |
| --- | --- |
| Recursos | Disponibilidad |
| Apoyo secretarial y administrativo | Nombre de la persona |
| Acceso a una sala de sesiones | Ubicación |
| Tiempo para sesionar | # de horas por mes |
| Tiempo para que todos sus miembros acudan a actividades de capacitación | # de cursos por año |
| Tiempo para que quien preside el comité o bien un representante asista o participe por videoconferencia en el Consejo Asesor de Bioética | # de horas por mes |
| Tiempo y espacio para realizar actividades de divulgación de la bioética dentro del centro asistencial | # de Actividades por año |
| Archivos apropiados y exclusivos para uso del comité, los cuales deben contar con llave, para su adecuado resguardo | # de placa |
| Acceso a teléfono | # de placa |
| Acceso a una computadora con Internet | # de placa |

**Contacto con el Comité**

(Puede indicarse información de la persona que brinda el apoyo secretarial o del presidente(a))

* Teléfono de contacto al CBC: 0000-0000
* Correo electrónico para contactar al CBC: Indicar correo
* Ubicación física para contactar al CBC: Indicar ubicación

Firma Fecha

# Presidente (a)

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[1]](#footnote-1)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Vicepresidente (a)

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[2]](#footnote-2)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Secretario(a)

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[3]](#footnote-3)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Representante de la Comunidad

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[4]](#footnote-4)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Vocal

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[5]](#footnote-5)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Suplente 1

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[6]](#footnote-6)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Suplente 2

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Teléfono Celular: 0000-0000

Profesión u Ocupación Indicar Información solicitada

Correo Electrónico: Indicar Información solicitada

**Datos laborales actuales**

Puesto: Indicar Información solicitada

Teléfono del Trabajo 0000-0000

**Experiencia laboral** (Últimos 3 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Formación académica** (Solo nivel universitario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Institución | Año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |
| Indicar Información solicitada | Indicar Información solicitada | Indicar año |

**Capacitación en bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Curso | Institución | Año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

## Acuerdo de Confidencialidad

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, manifiesto mi voluntad y compromiso de: **PRIMERO.** Mantener la confidencialidad sobre toda la información relacionada con: los procesos de gestión de los servicios de salud, los casos clínicos, los procesos de consentimiento informado, las guías o protocolos de práctica clínica presentados por los funcionarios del centro donde se encuentra en funcionamiento el este grupo de trabajo, que sean objeto de análisis y discusión bioética por parte del Comité de Bioética Clínica. **SEGUNDO.** Acepto que no debo hacer uso en beneficio propio o de terceros, de los datos e información relacionada con los procesos de gestión de los servicios de salud, casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica que se analicen en el seno del comité u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **TERCERO.** Me comprometo a cumplir con las funciones de los Comités de Bioética Clínica establecidas en la Normativa Nacional e Institucional, esta última dictada por el Área de Bioética, así como velar por el cumplimiento de los principios fundamentales éticos en la atención de la salud y la gestión de los servicios de salud, que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. **CUARTO**. Denunciaré ante las autoridades correspondientes las proposiciones, presiones o amenazas recibidas con la finalidad obtener información confidencial de un proceso de gestión, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica que analice el comité. **QUINTO.** Mi compromiso de mantener la confidencialidad de la información es por tiempo indefinido, o hasta que una autoridad competente me autorice a revelar tal información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[7]](#footnote-7)

Yo, Nombre completo, mayor, cédula 0-0000-0000, profesión, vecino (a) de Nombre del cantón en que reside, en mi condición de miembro(a) del Comité de Bioética Clínica de Indicar Nombre del centro, declaro bajo fe de juramento y consciente de las penas con las que el ordenamiento jurídico costarricense castiga este tipo de delitos, que: **PRIMERO**. Informaré oportunamente sobre mi participación directa o indirecta en la atención o elaboración de: los casos clínicos, procesos de consentimiento informado, guías o protocolos de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **SEGUNDO.** (Completar los siguientes cuadros)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Intereses económicos personales | Sí/No | | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad |
| Recibí o recibo apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (*inscripciones, becas de viaje, u otros)* por parte de la industria de la salud). | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo, honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibí o recibo financiación para cursar programas educativos o actividades de formación. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| He sido accionista o tengo intereses económicos en una compañía relacionada a la salud o tecnología sanitaria. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Tuve o tengo activos o bienes en la industria de la salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión), entre otros. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Recibo pensión o subsidio como producto de haber laborado en la industria de la salud. | Elija un elemento. | |  | | |  | | |  |
| Otros |  | |  | | |  | | |  |
| B. Intereses económicos no personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | |
| Tuve o tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.   * Financiación de formación por la industria de la salud. * Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización. * Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamentode la cual soy responsable. * Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual soy responsable. * Contratos, donaciones o financiaciones para proyectos o actividades para el departamento u organización en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| Otros | Elija un elemento. |  | | |  | | |  | |
| C. Intereses no económicos, personales | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma racional como un prejuicio con respecto a una interpretación objetiva de la evidencia. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Existe el riesgo de que mis intervenciones en el comité en afecten mi reputación. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| D. Intereses económicos personales de un familiar (hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad cónyuge, hijos, hermanos) | Sí/No | Describa lo correspondiente | | ¿Quién financió? | | | Fecha y duración de la actividad | | |
| Mi familiar ha realizado una consultoría de trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie, en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que forman parte de un portafolio en el cual él tiene control directo. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene acciones, inversiones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tener responsabilidad legal sobre bienes de terceros. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias, entre otros, en los 12 meses anteriores a la firma de esta declaración de conflicto de interés. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión). | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Mi familiar tiene derecho a pensión o subsidios o comisiones adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud. | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |
| Otros | Elija un elemento. |  | |  | | |  | | |

**TERCERO.** En caso de existir un potencial conflicto de interés, me comprometo a declararlo de inmediato y no participaré en el análisis del proceso de gestión de los servicios de salud, caso clínico, proceso de consentimiento informado, guía o protocolo de práctica clínica u otras actividades relacionadas con la gestión propia del comité. **CUARTO**. Estoy anuente a renovar cada tres años esta declaración sobre conflicto de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Dado en Cantón, provincia , a las Hora horas del día Día de mes del año año.

# Anexo 1

**Certificación de la copia de Acuerdo de Confidencialidad**

El Ministerio de Salud solicitará como parte de la documentación para acreditar a los centros que realicen donación o trasplante una copia certificada del Acuerdo de Confidencialidad de los miembros de Comité, la Dirección Médica de cada Centro será quien extienda dicha certificación, con el siguiente formato:

**CERTIFICACIÓN**

Nombre del centro médico

Dr. (a) Nombre Completo, Director(a) Médico.

**CERTIFICA:**

Que las siguientes copias fotostáticas corresponden a los Acuerdos de Confidencialidad de las personas que fungen como miembros del Comité de Bioética Clínica del Centro Médico que dirijo. El cual consta de 7 folios impresos, enumerados como páginas 5, 10,15, 20, 25, 30, 35 . Esta certificación se extiende con vista del documento original y corresponde a las páginas 5, 10,15, 20, 25, 30 y 35 del documento: “Expediente del Comité de Bioética Clínica 2021-2024”.

Es todo, se emite la presente por solicitud de la Secretaría Técnica de Donación y trasplante de órganos y tejidos, Ministerio de Salud, al ser las hora horas del día # del día de mes del año # del año.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

Firma

1. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Conflicto de interés:** Aquella situación en la que los deberes e intereses (de tipo económico o personal) de una persona entran en conflicto de tal manera que existe una posibilidad significativa de corromper las percepciones, motivaciones, acciones, pasiones, valores y/o juicios de esa persona.

   Curzer, H. J., & Santillanes, G. (2012). Managing conflict of interest in research: Some suggestions for investigators. Accountability in research, 19(3), 143-155. [↑](#footnote-ref-7)