



## Formulario de Consentimiento Informado General

<b>Establecimiento de salud</b>	<b>Servicio</b>	
<b>Nombre del usuario</b>	<b>Nº de Identificación</b>	<b>Edad</b>
<b>Nombre del profesional que informa</b>	<b>Código profesional</b>	
<b>Nombre del profesional que realiza el procedimiento</b>	<b>Código profesional</b>	

*Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud y el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas atinentes a la materia. Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.*

Yo, \_\_\_\_\_, en mi condición de:

- usuario
- padre, madre o representante legal de \_\_\_\_\_

doy mi consentimiento informado para:

#### Autorización para procedimientos o intervenciones

Que se realice por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o intervenciones que a continuación se detallan, y que me fueron previamente explicados:

#### Procedimientos o programas

#### Riesgos más frecuentes y graves:

1.1 \_\_\_\_\_

1.1 \_\_\_\_\_

1.2 \_\_\_\_\_

1.2 \_\_\_\_\_

1.3 \_\_\_\_\_

1.3 \_\_\_\_\_

1.4 \_\_\_\_\_

1.4 \_\_\_\_\_

#### Riesgos personalizados:

El profesional me ha explicado y anotado en observaciones las condiciones médicas, psicológicas y sociales que puedan generarme algún riesgo adicional para el procedimiento o intervención que me propone.



### Autorización para participación de estudiantes

Que los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y bajo la supervisión del docente encargado, puedan participar en los exámenes y procedimientos que me sean realizados en los servicios de salud institucionales, con excepción de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Si Autorizo
- No Autorizo

### Dudas

Consulte al profesional si tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos derivados de este. El profesional explicará y anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

### Observaciones

El profesional de salud me ha explicado y anotado en este recuadro la efectividad probable del procedimiento intervención propuesta, según mi condición.

### Firmas del funcionario y del usuario

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado, declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento o intervención: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento o intervención.

De manera libre y voluntaria completo la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento o intervención propuesta?	(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____ Hora



Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital y aportar dos testigos (as) que hablen su mismo idioma, quienes deben registrar su firma en el siguiente apartado.

Asimismo, quienes deleguen de manera libre y manifiesta su derecho a consentir en otra persona vinculada a ella por consanguinidad o afinidad, deben hacerlo frente a dos testigos, quienes deberán registrar su firma en el siguiente apartado.

### Firmas de los testigos

Nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta en \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que delega).

_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán de utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

<b>En caso de revocatoria del consentimiento</b> (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)			
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha