# Instructivo de llenado del Formulario de Asentimiento informado para

# *(Indicar nombre del procedimiento específico)*

**Objetivo:** Velar por el derecho a la información de los usuarios de los servicios de salud de la CCSS menores de edad.

**Aplicación:** Según lo establecido en el Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social, estos formularios se utilizarán obligatoriamente antes de realizar *(indicar nombre del procedimiento específico)* en personas usuarias entre 12 y menos de 18 años.

Deberá ser llenado, por el profesional de salud a cargo del procedimiento, o por aquel profesional idóneo (profesional con grado mínimo de licenciatura, en un área de las ciencias de la salud, afín a la del profesional que realizaría el procedimiento).

Como parte del proceso de asentimiento corresponde al profesional de salud a cargo del procedimiento:

1. Verificar la identidad de la persona usuaria y de su representante legal o garante, cuando corresponda.
2. Identificarse con la persona usuaria.
3. Respetar la privacidad de la persona usuaria y la confidencialidad de sus datos, cualquiera que sea su formato.
4. Comunicarse mediante un lenguaje respetuoso y claro durante todo el proceso de atención.
5. Valorar la capacidad volitiva, cognoscitiva y de juicio de la persona usuaria, para el libre ejercicio de su voluntad. En caso necesario solicitar apoyo interdisciplinario.
6. Entregar la información clínica relacionada con el procedimiento recomendado a la persona usuaria, adecuada a su capacidad de comprensión, eliminando las barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva.
7. Dar a las personas involucradas la oportunidad de plantear preguntas y respondérselas en forma clara.
8. Gestionar el apoyo interdisciplinario para facilitar la comprensión de la información clínica por parte de la persona usuaria, en caso necesario.
9. Verificar la comprensión de la información clínica brindada a la persona usuaria.
10. Evitar cualquier tipo de coacción que afecte la libre manifestación de la voluntad de la persona usuaria.
11. Otorgar el espacio y tiempo razonable, según su criterio técnico, para reflexionar y tomar la decisión.
12. Disponer del expediente de salud para el registro de la voluntad de la persona usuaria.

Su uso es obligatorio en todos los centros de la CCSS y aquellos que mediante contrato o convenio provean servicios de atención *(indicar nombre del procedimiento específico)*. Los formularios de asentimiento informado deben incorporarse al expediente de la persona usuaria.

**Instrucciones de llenado:** Para facilitar las presentes indicaciones se dividirán por apartados

1. **Encabezado:** este apartado puede ser completado por el profesional que realiza el proceso de asentimiento informado, por personal técnico que colaboren en el proceso de atención o bien por el sistema SIES-EDUS, consta de un recuadro de información general:
   1. Establecimiento de Salud: Anotar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza el procedimiento.
   2. Servicio: Anotar el nombre del servicio donde se realiza el procedimiento.
   3. Nombre del usuario: Anotar nombre y dos apellidos de la persona a la que se le propone el procedimiento.
   4. N.º de Identificación: Anotar el número de cédula o de asegurado de la persona a la que se le propone el procedimiento.
   5. Edad: Anotar la edad en años u meses cumplidos.
   6. Nombre del representante legal o garante: Anotar, en caso necesario, el nombre y dos apellidos del representante legal o garante de la persona usuaria.
   7. N.º de Identificación: Anotar el número de cédula o de asegurado del representante legal o garante de la persona usuaria.
   8. Nombre del profesional que informa: Anotar el nombre y dos apellidos del funcionario que brinda la información, respecto al procedimiento propuesto.
   9. Código profesional: Anotar el código profesional del funcionario que brinda la información respecto al procedimiento propuesto.
2. **Objetivo, descripción, alternativas, consecuencias previsibles, riesgos y riesgos personalizados:** en estos apartados no es necesario agregar información por parte del funcionario que brinda la información, sin embargo, deben ser explicados y discutidos con la persona usuaria menor de edad y su representante legal en caso de que corresponda.
3. **Otras consideraciones:** el profesional anotará en este apartado otra información adicional que le brinde al usuario, así como las dudas que este le exponga.
4. **Manifestación:** la persona usuaria debe marcar con una “X” la respuesta a las preguntas planteadas, o bien, el personal de salud seleccionará las respuestas indicadas por la persona usuaria menor de edad.
5. **Registro de firmas:** las personas involucradas con la decisión firmarán o colocarán el identificador biométrico en el espacio correspondiente, así como la fecha y hora en que realizan la firma del documento, estos dos últimos datos podrán se completados por personal de salud o por el sistema SIES-EDUS.
6. **Firma de testigos:** completar únicamente en caso de la persona que otorga el asentimiento o el consentimiento informado no puede firmar. Los testigos deben colocar el nombre, firma o identificador biométrico en el espacio correspondiente, así como la identificación, fecha y hora en que realizan la firma del documento, estos últimos datos podrán se completados por personal de salud o por el sistema SIES-EDUS.
7. **Revocatoria:** completar únicamente en caso de revocatoria del asentimiento informado. Si la persona usuaria cambia de opinión respecto a la realización del procedimiento propuesto, una vez realizado el proceso de consentimiento informado, se debe completar el apartado correspondiente al nombre completo, firma o identificador biométrico, número de identificación y la fecha en que realiza la revocatoria.