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 2025-2029

****

Contenido

[Dirección Médica 3](#_Toc190351350)

[Presidente (a) 5](#_Toc190351351)

[Ficha Personal y Profesional 5](#_Toc190351352)

[Acuerdo de Confidencialidad 6](#_Toc190351353)

[Declaración de Conflicto de Intereses 7](#_Toc190351354)

[Vicepresidente (a) 10](#_Toc190351355)

[Ficha Personal y Profesional 10](#_Toc190351356)

[Acuerdo de Confidencialidad 10](#_Toc190351357)

[Declaración de Conflicto de Intereses 12](#_Toc190351358)

[Secretario(a) 15](#_Toc190351359)

[Ficha Personal y Profesional 15](#_Toc190351360)

[Acuerdo de Confidencialidad 16](#_Toc190351361)

[Declaración de Conflicto de Intereses 17](#_Toc190351362)

[Representante de la Comunidad 20](#_Toc190351363)

[Ficha Personal y Profesional 20](#_Toc190351364)

[Acuerdo de Confidencialidad 21](#_Toc190351365)

[Declaración de Conflicto de Intereses 22](#_Toc190351366)

[Miembro 1 25](#_Toc190351367)

[Ficha Personal y Profesional 25](#_Toc190351368)

[Acuerdo de Confidencialidad 26](#_Toc190351369)

[Declaración de Conflicto de Intereses 27](#_Toc190351370)

[Suplente 1 30](#_Toc190351371)

[Ficha Personal y Profesional 30](#_Toc190351372)

[Acuerdo de Confidencialidad 31](#_Toc190351373)

[Declaración de Conflicto de Intereses 32](#_Toc190351374)

[Suplente 2 35](#_Toc190351375)

[Ficha Personal y Profesional 35](#_Toc190351376)

[Acuerdo de Confidencialidad 36](#_Toc190351377)

[Declaración de Conflicto de Intereses 37](#_Toc190351378)

[Anexo 1 40](#_Toc190351379)

[Anexo 2 40](#_Toc190351380)

# Dirección Médica

Resolución Administrativa No. [Número]

Yo, Nombre completo, cédula 0-0000-0000, en mi condición de Director(a) Médico(a) de Nombre del Centro y en uso de mis facultades legales y administrativas, conformo el Comité de Bioética Clínica (CBC).

**Considerando:**

1. Que es necesario conformar un Comité de Bioética Clínica para garantizar el cumplimiento de los principios éticos en la prestación y gestión de los servicios de salud.
2. Que dicho comité debe estar adscrito a la dirección del centro de salud para asegurar su funcionamiento adecuado y la disposición de los recursos necesarios.
3. Que es responsabilidad de la Dirección Médica asegurar la independencia de criterio del CBC y proporcionar los recursos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus funciones.
4. Que el CBC depende administrativamente de la Dirección Médica del establecimiento de salud y técnica y funcionalmente del Área de Bioética.

**Resuelve:**

**Artículo 1.** Conformar el Comité de Bioética Clínica del Centro de Salud [Nombre del Centro de Salud], como entidad adscrita a la dirección de este centro.

**Artículo 2.** El Comité de Bioética Clínica estará integrado por los siguientes miembros propietarios:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Miembro** | **Cédula** | **Función** |
|  |  | Presidente(a) |
|  |  | Vicepresidente(a) |
|  |  | Secretario(a) |
|  |  | Miembro 1 |
|  |  | Representante de la Comunidad |

**Artículo 3.** El Comité de Bioética Clínica contará con los siguientes miembros suplentes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Miembro** | **Cédula** | **Función** |
|  |  | Suplente |
|  |  | Suplente |

**Artículo 4.** El Comité de Bioética Clínica dispone de los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento, incluyendo, pero no limitándose a:

|  |  |
| --- | --- |
| Recursos | Disponibilidad |
| Apoyo administrativo mínimo seis (06) horas al mes. | Nombre de la persona , correo electrónico y teléfono de oficina |
| Espacio físico para sesionar presencialmente o bien acceso a herramientas necesarias para celebrar sesiones virtuales. | Ubicación |
| Archivo con llave o carpeta de red con un dispositivo de almacenamiento externo de acceso exclusivo a los miembros del CBC. | # de placa |
| Computadora, acceso a internet, teléfono e impresora. | # de placa |
| Tiempo para sesionar mínimo cuatro (04) horas al mes. | # de horas por mes |
| Tiempo al presidente para realizar las funciones administrativas del CBC, mínimo dos (02) horas al mes, adicionales al tiempo para sesionar. | # de horas por mes |
| Tiempo para que todos sus miembros acudan a actividades de capacitación, permiso con goce de salario. | # de cursos por año |
| Autorización para que quien preside el comité o un miembro designado del CBC participe en las sesiones del Consejo Asesor de Comités 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 |
| Tiempo prudencial, al menos una vez al mes, para que miembros del CBC participen en las sesiones clínicas o visitas. | # de horas por mes |

**Artículo 7.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y hasta por 4 años o en el momento en que sea necesario modificar la conformación.

**Dado en [Lugar], a los [Día] días del mes de [Mes] del año [Año].**

**[Nombre del Director]**  
**Director del Centro de Salud [Nombre del Centro de Salud]**

# Presidente (a)

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[1]](#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 cuatro 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

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[2]](#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 cuatro 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

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[3]](#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 cuatro 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

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[4]](#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 cuatro años esta declaración sobre conflicto de interés.

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

Firma

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

# Miembro 1

## Ficha Personal y Profesional

**Datos personales**

Nombre completo Indicar Información solicitada

Cédula: 0-0000-0000

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[5]](#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 cuatro 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

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Habilidades de Comunicación | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[6]](#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 cuatro 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

Fecha de Nacimiento: DD-MM-AAAA

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 |
| Consentimiento Informado | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética Clínica | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Bioética en la Gestión | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Fundamentos de Bioética | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |
| Dilemas Bioéticos al final de la Vida | CENDEISSS- CCSS | Indicar año |

En caso de ser miembro de un Comité de Bioética Clínica donde se realice donación y trasplante de órganos y tejidos debe completar el anexo 2 de este expediente.

## 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.

En caso de que sea miembro de un Comité de Bioética Clínica en un establecimiento de salud donde se realicen donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, deberá gestionar que el Director Médico complete el Anexo 1 de este expediente.

## Declaración de Conflicto de Intereses[[7]](#footnote-8)

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 cuatro 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 2025-2029”.

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.

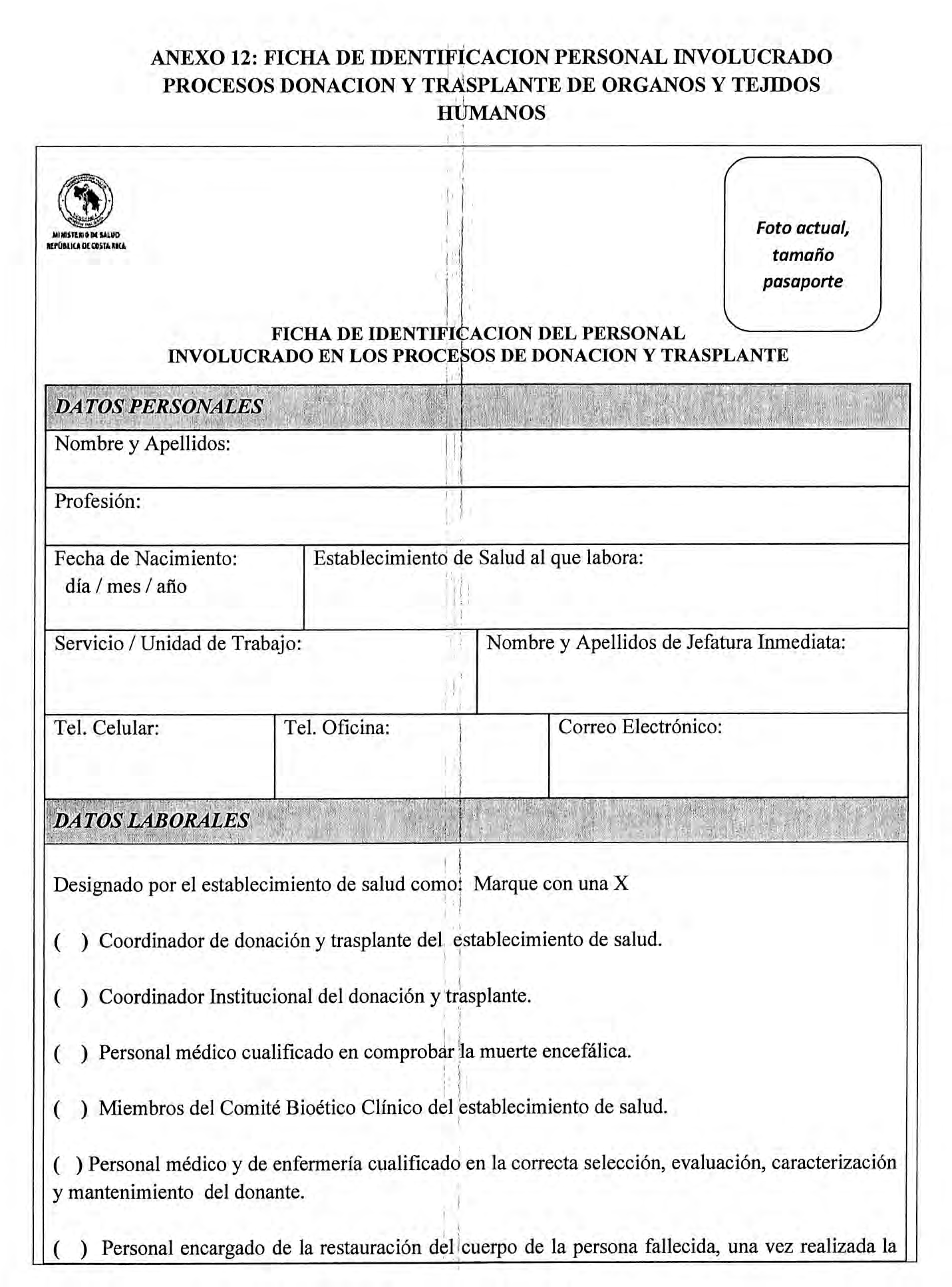
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

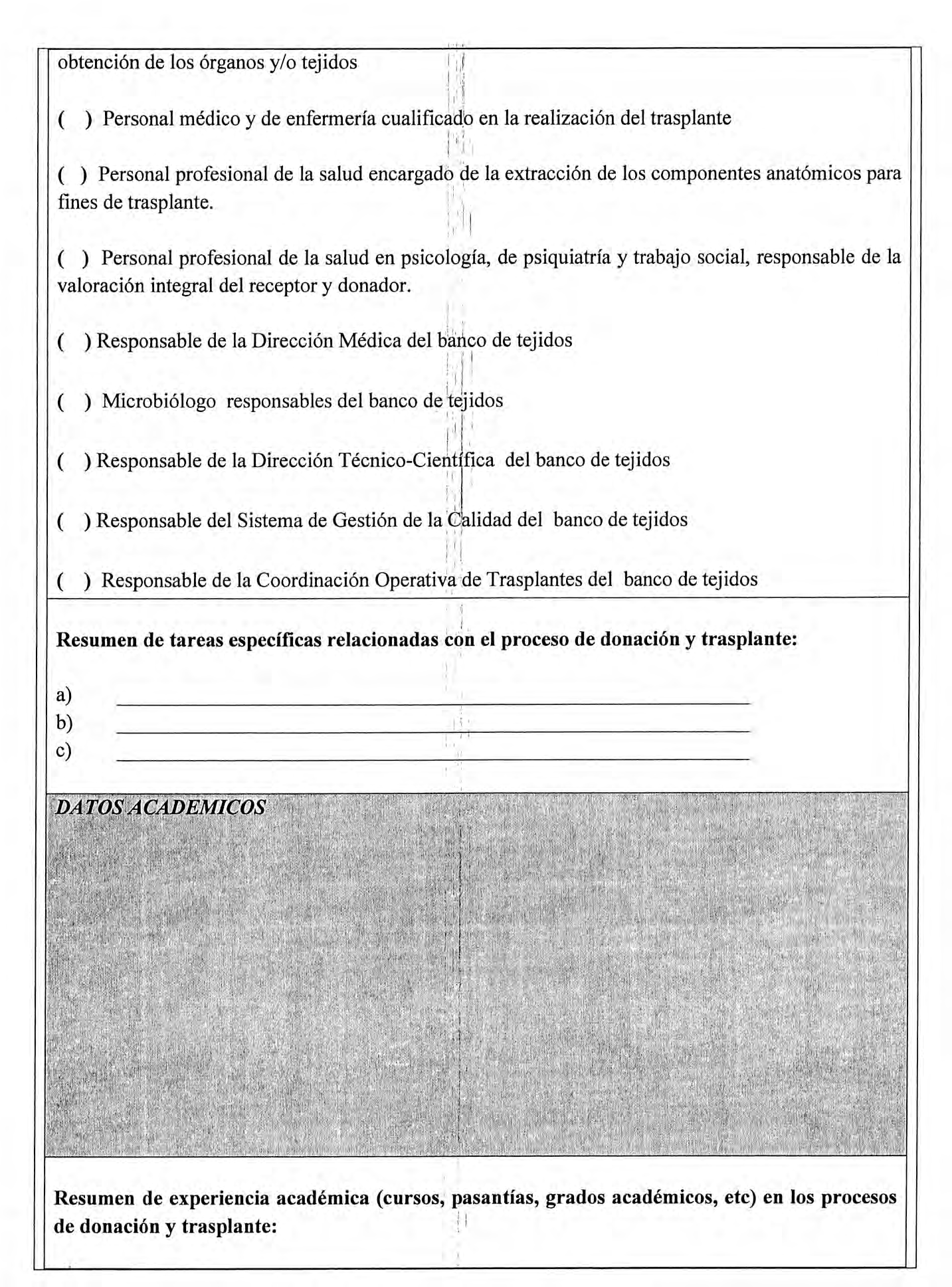
Firma

# Anexo 2

**Ficha de identificación de personal involucrado procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos**

El Ministerio de Salud solicitará como parte de la documentación para acreditar a los centros que realicen donación o trasplante que cada miembro del CBC complete la siguiente ficha las cuales deben adjuntarse a este expediente, que corresponde al anexo 12 del Reglamento a la Ley No. 9222:





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-2)
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-3)
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-4)
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-5)
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-6)
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-7)
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-8)