



Asentimiento Informado General

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del representante legal	N.º de identificación	
Nombre del profesional que informa	Código profesional	

La CCSS se compromete a brindarte la mejor atención posible. Un profesional de la salud te explicará de manera clara y sencilla los procedimientos que consideramos necesarios para tu bienestar. Por favor, presta atención. Si algo no te queda claro, no dudes en preguntar para ayudarte con la respuesta.

¿Qué procedimientos se proponen realizarte?

Los procedimientos que se proponen realizarte son los siguientes:

1.1 _____

1.2 _____

1.3 _____

1.4 _____

Los riesgos de realizarte esos procedimientos son:

1.1 _____

1.2 _____

1.3 _____

1.4 _____

Además, por tu condición de salud particular, los procedimientos tienen los siguientes riesgos:

¿Tienes dudas sobre los procedimientos que te van a realizar?

Si tienes alguna duda o pregunta sobre los procedimientos que te van a realizar o sobre posibles situaciones o riesgos, dile al profesional de la salud que te está atendiendo o anótalas en el siguiente cuadro. Esta persona se encargará de brindarte una explicación al respecto.

¿Estás de acuerdo en permitir que estudiantes bajo la supervisión de un funcionario autorizado por la CCSS estén presentes o participen en los procedimientos que se te van a realizar?

- Sí estoy de acuerdo. Con excepción de _____
- No estoy de acuerdo.

¿Qué significa tu firma en este formulario?

Tu firma en este formulario indica que comprendiste toda la información proporcionada sobre los siguientes aspectos. Es importante que estés seguro de haber entendido cada punto; selecciona SÍ o NO en cada uno de ellos:



Entendiste:	Sí	No
Cuáles son y cómo se realizan los procedimientos que proponen hacerte		
Porqué es importante que te realicen los procedimientos		
Las cosas buenas y malas sobre los procedimientos que te van a realizar		
Qué sucede si no te realizan los procedimientos		
Qué otros procedimientos podrían hacerse si no aceptas realizar estos		
El personal de salud tiene la obligación de cuidarte y velar por tu bienestar, ya que tu seguridad está en primer lugar		
Otros aspectos:	Sí	No
¿Tuviste tiempo para hacer preguntas y contar tus preocupaciones?		
¿El profesional de salud respondió a todas tus preguntas y escuchó lo que te preocupa?		
¿Sabes que es posible cambiar de opinión sobre realizarse o no el procedimiento cuando el este no resulte decisivo e indispensable para el resguardo de tu salud o tu vida?		

Si alguna de tus respuestas es NO, el profesional de salud te brindará la información que necesites para aclarar tus dudas.

Cuando tus dudas se hayan aclarado, por favor firma en el siguiente recuadro de Asentimiento de informado.

Asentimiento informado

¿Aceptas los procedimientos propuestos?	(SI)	(NO)
_____	_____	_____
Firma de la persona menor de edad mayor 12 años	Fecha	Hora

Además de tu asentimiento informado, en algunos casos para que el procedimiento pueda realizarse se requiere el consentimiento informado o autorización de la persona adulta que sea tu representante legal.

Consentimiento informado

Cuando corresponda, el representante legal de la persona menor de edad mayor de 12 años debe firmar en el siguiente recuadro. Su firma indica que comprendió toda la información proporcionada sobre los procedimientos propuestos y está de acuerdo con estos.

¿Acepta los procedimientos propuestos para la persona menor de edad que representa?	(SI)	(NO)
_____	_____	_____
Firma del representante legal	Fecha	Hora

Profesional que informa

_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora

Testigos

Si la persona que otorga el asentimiento o el consentimiento informado no puede firmar, deberá imprimir su huella digital en presencia de dos testigos, quienes deben registrar su firma en el siguiente apartado.



Nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación de los procedimientos anteriormente indicados.

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

Revocatoria

La revocatoria solo aplica cuando el procedimiento propuesto no resulte decisivo e indispensable para el resguardo de la salud o la vida de la persona menor de edad. 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 de la persona usuaria o del representante legal	Firma o huella	Identificación	Fecha