|  |
| --- |
| **PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO PARA DISCUSIÓN ÉTICA**  SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE  HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA |

1. **ANTECEDENTES GENERALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |
| CASO CLINICO (apellidos) |  | | |
| SERVICIO (especificar si es ambulatorio u hospitalizado) | |  | Amb.  Hosp. |
| MÉDICO que elabora el presente informe | |  | |
| Número de Teléfono |  | | |
| Correo Electrónico | @ | | |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | | | |
| Sexo |  | | | RUN | - |
| Fecha Nacimiento | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Edad |  |
| Comuna de Residencia | |  | | | |
| **REPRESENTANTE LEGAL (si correspondiera)** | | | | | |
| Nombre |  | | | | |
| Edad |  | | Relación con Paciente |  | |

|  |
| --- |
| **PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO PARA DISCUSIÓN ÉTICA**  SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE  HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA |

1. **ANTECEDENTES FAMILIARES** (Componentes del grupo familiar y filiación, situación socio-económica, cultural, red de apoyo, otros considerados relevantes por Equipo Tratante)

|  |
| --- |
|  |

1. **ANTECEDENTES CLINICOS**
   1. **HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **ESTADO CLÍNICO ACTUALIZADO (DIAGNÓSTICO)**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD (especificar el pronóstico de la enfermedad o condición, incorporando la globalidad de la condición del paciente y las evaluaciones consideradas atingentes a estos efectos)**

|  |
| --- |
|  |

1. **DILEMAS ÉTICOS QUE PLANTEA LA SITUACIÓN AL EQUIPO DE SALUD**

**Explicitar preguntas que se quiere plantear al Comité de Ética Asistencial para su deliberación**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO PARA DISCUSIÓN ÉTICA**  SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE  HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA |

1. **OPINIÓN DEL PACIENTE, FAMILIA Y/O REPRESENTANTE SOBRE OPCIONES DE TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

**(Padres o tutores legales en caso de menores de edad y/o pacientes imposibilitados de entregar su opinión)**

|  |
| --- |
|  |

1. **PLANTEAMIENTO DE TRATANTES ACERCA DEL POTENCIAL MEJOR INTERÉS DEL PACIENTE**

|  |
| --- |
|  |