|  |
| --- |
| **PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO PARA DISCUSIÓN ÉTICA**SERVICIO DE SALUD OCCIDENTEHOSPITAL SAN JUAN DE DIOSCOMITÉ 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 OCCIDENTEHOSPITAL SAN JUAN DE DIOSCOMITÉ 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 OCCIDENTEHOSPITAL SAN JUAN DE DIOSCOMITÉ 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**

|  |
| --- |
|  |