|  |
| --- |
| **SOLICITUD CIUDADANA PARA EVALUACION COMITÉ DE ÉTICA**SERVICIO DE SALUD OCCIDENTEHOSPITAL SAN JUAN DE DIOSCOMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Haga clic aquí para escribir una fecha. | N° Solicitud |       |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre  |       |
| RUN |      -  | Ficha Clínica |       |
| Fecha Nacimiento | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Edad |       |
| Domicilio |       |
| Teléfono  | 1:       2:       |
| E-MAIL |      @      |

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE HACE SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre  |       |
| RUN |      -  |
| Domicilio |       |
| Teléfono | 1:       2:       |
| E-MAIL |      @      |

1. **DESCRIPCIÓN DEL CASO QUE ORIGINA SOLICITUD**

|  |
| --- |
|  |

1. **PETICIÓN AL COMITÉ:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORIZO ACCESO A FICHA CLÍNICA Y A DAR A CONOCER ANTECEDENTES A QUIENES EL COMITÉ DE ÉTICA NECESITE CONSULTARLES POR LA SITUACIÓN:** | **SI****[ ]**  | **NO****[ ]**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deseo respuesta por correo electrónico | **SI [ ]**  |  **NO [ ]**  |
|  |  |  |

 **Para ser llenado por Comité de Ética:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de quien recibe solicitud |  |
| Fecha de Recepción |  |
| Fecha de Reunión donde se evalúa consulta |  |

|  |
| --- |
| Nos contactaremos con usted para dar respuesta a su solicitud o requerirle otros antecedentes  |

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**