|  |
| --- |
| **SOLICITUD CIUDADANA PARA EVALUACION COMITÉ DE ÉTICA**  SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE  HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  COMITÉ 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**