Caso clínico Nº

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

COMITÉ ETICA ASISTENCIAL

HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO

Fecha de Presentación: Haga clic aquí para escribir texto.

Dato Requirente

Nombre Completo: Haga clic aquí para escribir texto.

Rut: Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfono de Contacto: Haga clic aquí para escribir texto.

Correo Electrónico: Haga clic aquí para escribir texto.

Domicilio: Haga clic aquí para escribir texto.

Relación con paciente: Haga clic aquí para escribir texto.

Datos Médico Tratante del Paciente

Nombre: Haga clic aquí para escribir texto.

Servicio Clínico en que se desempeña: Haga clic aquí para escribir texto.

Datos del paciente

Nombre Completo: Haga clic aquí para escribir texto.

Rut: Haga clic aquí para escribir texto.

Sexo: Haga clic aquí para escribir texto.

Edad: Haga clic aquí para escribir texto.

Previsión: Haga clic aquí para escribir texto.

Domicilio: Haga clic aquí para escribir texto.

Antecedentes familiares:

(Los datos deben incluir, por ejemplo, componentes del grupo familiar, fuentes de ingreso, condiciones de vivienda.)

Haga clic aquí para escribir texto.

Antecedentes del caso

Historia Clínica resumida:

Haga clic aquí para escribir texto.

Situación Clínica Actual (Incluyendo diagnóstico):

Haga clic aquí para escribir texto.

Pronóstico de la enfermedad:

(Se trata de proyectar el pronóstico del paciente en consideración de su evolución y situación actual)

Haga clic aquí para escribir texto.

Dilemas éticos que el caso genera al equipo de salud o persona que presenta el caso:

(Indicar las preguntas que desea hacer al Comité)

Haga clic aquí para escribir texto.

Indicar, en caso que se tenga conocimiento, cual es la opinión del paciente sobre el conflicto ético:

Haga clic aquí para escribir texto.

Opinión de familiares directos del paciente sobre las opciones de tratamiento:

Haga clic aquí para escribir texto.