	<b>FORMULARIO DE PRESENTACION CASOS AL COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DR. MAURICIO HEYERMANN TORRES DE ANGOL</b>	Código : FO-CEA-0921 / DP5.1
		Versión: 3.0
		Fecha de elaboración: Septiembre 2021
		Vigencia: Septiembre 2026
		Páginas: 1 de 3

### CASO CLÍNICO

**Fecha de presentación:**

**Médico Tratante:**

**Nombre Institución:**

**Nº de Run y ficha clínica (si corresponde paciente local):**

**Unidad:**

**Datos del Paciente (edad, sexo):                      Años                      M / F**

**Antecedentes del Caso:**

**a) Historia clínica resumida:**

---



---



---



---



---



---



---



---

**b) Antecedentes Familiares** (Los datos deben incluir componentes del grupo familiar, situación económica de la familia, la filiación a sistema de salud, red de apoyo):

---




---



---



---

 <p>Servicio de Salud Araucanía Norte</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Hospital Dr. Mauricio Heyermann Comité de Ética Asistencial</p>	<p><b>FORMULARIO DE PRESENTACION CASOS AL COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DR. MAURICIO HEYERMANN TORRES DE ANGOL</b></p>	Código : FO-CEA-0921 / DP5.1
		Versión: 3.0
		Fecha de elaboración: Septiembre 2021
		Vigencia: Septiembre 2026
		Páginas: 2 de 3

**Situación Clínica Actual (diagnóstico):**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Pronóstico de la Enfermedad: (Se trata de especificar el pronóstico de la enfermedad en este paciente con toda su situación)**

---



---



---

**Conflicto Ético que el caso clínico genera al equipo de salud: (Se trata de escribir las preguntas que se desea hacer al Comité con el fin de que éste responda)**

---



---



---




---



---



---

	<b>FORMULARIO DE PRESENTACION CASOS AL COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DR. MAURICIO HEYERMANN TORRES DE ANGOL</b>	Código : FO-CEA-0921 / DP5.1
		Versión: 3.0
		Fecha de elaboración: Septiembre 2021
		Vigencia: Septiembre 2026
		Páginas: 3 de 3

**Opinión del Paciente o su familia, sobre las opciones de tratamiento (Se pedirá la opinión de los Padres o tutores legales en caso de tratarse de un menor o una persona incapaz.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**NOMBRE/ FIRMA Y RUN DE PROFESIONAL**

**Correo contacto:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Fono Contacto:** \_\_\_\_\_

**Fecha de recepción caso por comité:** \_\_\_\_\_