

 <p>Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín</p>	Formato: Solicitud de Consulta	Código: SGC-EA-FR-002
		Versión: 1.0
		Elaborado: 02/03/2023
		Página 1 de 1

**COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL EN SALUD
SOLICITUD DE CONSULTA**

Persona o servicio que solicita la revisión: _____
 Cargo del consultante: _____
 Fecha: _____

Motivos por los que se solicita su revisión:

- Requieren recomendaciones, para un caso específico: _____
- Requieren asesoría para la implementación de protocolos o instructivos con implicación ética: _____
- Otros (especifique): _____

I. En el caso de asesoría para un caso específico:

En sobre cerrado e identificado con la leyenda CONFIDENCIAL, deberá aportarse la siguiente información:

CASO: D.A.J.P. (Usar iniciales de los dos nombres y dos apellidos del paciente)

H. Clínica: _____

C. Identidad: _____

E. Incluir:

- Resumen de la historia clínica en la que conste:** antecedentes personales y familiares, diagnóstico, tratamiento aplicado, pronóstico; resumen de evolución hasta la fecha de consulta y resumen de principales pruebas diagnósticas.
- Conflicto ético que genera el caso,** sobre el que se solicita asesoría al Comité.
- Informe de Trabajo Social:** condiciones sociales, económicas y familiares, legales si procede.
- Opinión del paciente, representante, familia y/o profesional, según proceda.**

Nombre y Firma del Solicitante: _____

Admisión a trámite: SI NO:
 Fecha: _____