SOLICITUD CIUDADANA PARA EVALUACION COMITÉ DE ÉTICA

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	@		

2. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE HACE SOLICITUD

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

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO QUE ORIGINA SOLICITUD

4. 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