

Fecha de presentación

Identificación del profesional

Nombre	
Especialidad	
RUT	
Relación con el paciente	
Teléfono	
Correo electrónico	

Identificación del paciente

RUT	
Edad	
Nº de ficha clínica	
Tutor responsable	
Diagnóstico	
Agudo o secuela	

Historia clínica resumida

--

Conflicto bioético encontrado (detalle)

--

Consultas específicas al Comité

--

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	----------	----------------------

Nombre profesional	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Firma	<input type="text"/>
-------	----------------------