

ANEXO2.

INSTRUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ENFERMERÍA)

Yo,....., Profesional en Enfermería,
Código No.debidamente inscrito en el Colegio
.....

Ante la Contraloría General de la República

Con pleno conocimiento de las leyes costarricenses en materia de salud y de la normativa que rige el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, declaro que en el consultorio de la Institución realizaré las labores de enfermería para las que la profesión me faculta.

Además doy fe que las actividades a realizar como parte de mi práctica profesional serán compatibles con la atención integral de medicina que la Caja Costarricense de Seguro Social desarrolla dentro de su actividad de atención integral en salud y que los procedimientos a utilizar estarán regidos por el Código de Moral y Ética Profesional que rige la Enfermería.

Por este medio **EXONERO de toda responsabilidad a la Contraloría General de la República de cualquier práctica que YO desarrolle en el consultorio**, que esté fuera de los lineamientos de salud que son aceptados como de rutina dentro del ejercicio normal de la actividad de la atención integral de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Con pleno conocimiento de lo estipulado en el presente documento de Consentimiento Informado, firmo en....., a los.....
días del mes de del año dos mil dieciocho.

.....
Firma de la Enfermera

.....
No. de cédula

.....
P/ Nombre y firma de la persona física o jurídica oferente.

**INSTRUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (MEDICOS GENERALES,
ESPECIALISTAS Y OTROS PROFESIONALES EN SALUD)**

Yo,....., Profesional en
....., Código No. debidamente inscrito en el
Colegio
.....

Ante la Contraloría General de la República

Con pleno conocimiento de las leyes costarricenses en materia de salud y de la normativa que rige el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, declaro que en el consultorio de la Institución daré consulta en:

.....
..

Además doy fe que la consulta médica y los resultados de la misma serán compatibles con la atención integral de medicina que la Caja Costarricense de Seguro Social desarrolla dentro de su actividad de atención integral en salud y que los procedimientos a utilizar estarán regidos por el Código de Moral y Ética Médica .

Por este medio **EXONERO a la Contraloría General de la República de toda responsabilidad que conlleva cualquier práctica médica que YO desarrolle en el consultorio**, que esté fuera de los lineamientos de salud que son aceptados dentro del ejercicio normal de la actividad médica de la atención integral de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Con pleno conocimiento de lo estipulado en el presente documento de Consentimiento Informado, firmo en....., a los.....
días del mes de del año dos mil dieciocho.

.....
Firma del Médico

.....
No. de cédula

.....
P/ Nombre y firma de la persona física o jurídica oferente
