



CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

CENTRO EDUCATIVO:

Este formulario deberá ser completado por todo padre de familia o responsable legal del niño antes de realizarle cualquier procedimiento sujeto a consentimiento informado de parte de personal de salud de la CCSS en conformidad con artículo 75 inciso b del reglamentos del seguro de salud y el artículo 40 del reglamento del expediente de salud.

El suscrito _____, en mi condición de padre, madre, tutor o apoderado legal de (nombre del niño) _____; doy mi consentimiento informado para que el niño mencionado pueda ser examinado de parte de personal médico y odontológico, realizarle procedimientos que sean de beneficio para el niño como son extracción y análisis de sangre, procedimientos odontológicos en general, tratamientos de desparasitación, vacunación y cualquier otro que lleve en total beneficio a la salud del niño.

Lo anterior se hace basado en el derecho a la salud del niño amparado en la constitución política de Costa Rica, Código y ley sobre la niñez y la adolescencia, código de la familia, Ley general de Salud, Ley general de vacunación y tratados internacionales de protección al niño y adolescente.

La CCSS se compromete a enviar funcionarios calificados del centro de salud a realizar las visitas y procedimientos mencionados anteriormente e informar a los responsables del centro educativo y a los padreo o tutores cualquier patología que se encuentre o problema que se presente ya sea en forma verbal o por escrito dependiendo de la situación presentada.

Estoy de acuerdo SI _____ NO _____

Nombre de padre o tutor

cédula

Firma