

COMITÉ DE ÉTICA ASISITENCIAL DE MÁLAGA SOLICITUD DE CONSULTA

Nombre y apellidos del solicitante:

-En calidad de:

- Persona usuaria Familiar
- Profesional. Servicio o UGC y categoría profesional:
- Equipos directivos de Centro Sanitario Institución Sanitaria

-Del Centro de Salud /Hospital:

-Dirección:

-Teléfono:

Correo:

Solicita que el Comité de Ética Asistencial de Málaga admita a trámite la presente solicitud y se le remita un informe asesor en referencia al caso que se traslada con la siguiente información:

- 1-Identificación sobre la persona sobre la que se realiza la consulta (NUHS, nombre, edad, género).
- 2-Situación socio familiar.
- 3-Resumen de la historia clínica en la que conste, al menos, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico.
- 4-Conflito ético que genera el caso, sobre el que solicita informe del Comité de Ética.
- 5-Opinión de la persona usuaria, representante, familia y/o profesional, según proceda.

Lugar y fecha

Firma y DNI

Remitar en sobre cerrado con la leyenda CONFIDENCIAL a la Secretaria del Comité de Ética Asistencial de Málaga, Distrito Sanitario Málaga, Calle Sevilla nº 23, 29009, Málaga o a través del correo:
secretaria.ceam.mal.sspa@juntadeandalucia.es