## Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIO: Cuidado Intensivo: \_\_\_\_ Cuidado Intermedio: \_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Con el fin de solicitar su consentimiento, es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente de los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a la cuales se someterá. Esta actividad se realizará por lógica con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente decide libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El paciente debe comprender la información dada por el profesional de la salud y tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas.

**INFORMACION GENERAL:** Un paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, en adelante UCI, porque su estado de salud actual es grave o crítico e implica un riesgo vital. Por tanto, necesita un tratamiento, seguimiento y vigilancia especial. La UCI cuenta con personal especializado y los medios técnicos necesarios disponibles las 24 horas del día para brindar la debida atención a cada usuario. Los pacientes ingresados ​​en la UCI tienen derecho a ser visitados por su grupo familiar más cercano y por franjas de horario muy limitadas. Sin embargo, teniendo en cuenta su estado crítico de salud, es posible que estas visitas se vean restringidas o ampliadas por motivos médicos. Asimismo, el ingreso en la UCI se rige por estrictas normas de seguridad para el paciente, como el lavado de manos y el uso de medios de protección y, por tanto, dichas normas deben ser cumplidas por sus familiares.

**EN QUE CONSISTE LA INTERNACIÓN EN UCI** Durante el ingreso en la UCI, y según la condición clínica del paciente, se podrá solicitar la realización de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos para identificar, controlar, mejorar o recuperar el estado de salud. Para la práctica de estos procedimientos se solicitará el consentimiento del paciente, en la medida de lo posible, o en caso contrario se solicitará el consentimiento del familiar más cercano. Sin embargo, existen circunstancias en las que el paciente no se encuentra en condición física o mental para otorgarlo, o la familia no está disponible, y se requiere una intervención inmediata por parte del equipo tratante. En estos casos se seguirán criterios médicos, se incluirán los registros correspondientes en la historia clínica y posteriormente se informará a la familia o representante del paciente sobre los procedimientos realizados y su finalidad.

**ALTERNATIVA:** Ninguno de estos procedimientos tienen alternativa de manejo o tratamiento por lo tanto para garantizar la continuidad de atención o diagnóstico y mejora de su salud es necesario su realización. **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:** No mejoría en el estado de salud y ocasionaría la muerte.

**RIESGOS, COMPLICACIONES, ALTERNATIVAS Y BENEFICIOS DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS:** Dependiendo de las necesidades del paciente, pueden ser necesarias medidas que buscan preservar la vida e integridad del paciente, algunas de las cuales se describen a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDIMIENTO** | **RIESGOS Y COMPLICACIONES** | **BENEFICIOS** | **Fecha** | **Profesional que realiza el consentimiento** | **Paciente o Familiar que autoriza el procedimiento** |
| **Inserción de catéter vascular periférico o central** | La colocación del catéter conlleva riesgos como neumotórax, desplazamiento, rotura del catéter, trombos o infección. | Tener acceso directo al sistema vascular periférico o central permite realizar un seguimiento avanzado al sistema cardiovascular y la administración de medicamentos que no podrían ser administrados por otra vía. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Intubación Orotraqueal y ventilación mecánica invasiva.** | Los riesgos que se pueden derivar de este manejo son: estenosis subglótica, lesión de cuerdas vocales, broncoaspiración, lesiones inducidas por ventilación mecánica como rotura dentaria, infecciones pulmonares y fugas de aire extrapulmonar (neumotórax y enfisema subcutáneo). | se utiliza para proporcionar soporte ventilatorio artificial al paciente y mejorar la función pulmonar, cuando una persona la requiere y esta no se realiza, la mortalidad es cercana al 100%. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ventilación mecánica no invasiva** | Se utiliza en situaciones específicas, es temporal y puede tener complicaciones como: lesión de la piel del rostro por presión, distensión abdominal y aerofagia acompañada de náuseas y vómitos, sequedad de la mucosa nasal y bucal, acumulación de secreciones en la vía aérea con el consiguiente riesgo de atelectasia y neumonía, inquietud y ansiedad (sensación de claustrofobia). | Uso de dispositivo facial que proporciona oxígeno a presión en pacientes con insuficiencia respiratoria y evita la intubación Orotraqueal como primera alternativa. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Reanimación cardiopulmonar** **cerebral** | Para este procedimiento se utilizan maniobras físicas como compresiones torácicas, intubación orotraqueal, ventilación controlada mecánica o manual, así como el uso de fármacos de reanimación. Durante estas maniobras, pueden producirse lesiones óseas o viscerales y lesiones isquémicas hipóxicas, incluida la muerte cerebral | Son todas las maniobras físicas y farmacológicas que se realizan en caso de parada respiratoria y / o cardíaca con el fin de restablecer el patrón ventilatorio y / o hemodinámico del paciente |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Contención mecánica del paciente** | En situaciones excepcionales, por las causas de la propia enfermedad o por reacciones secundarias a los medicamentos en uso, pueden ocurrir periodos de excitación y / o agitación psicomotora del paciente, que podrían generar riesgos de daño. a su integridad física tales como: remoción accidental de elementos de los procedimientos invasivos y / o riesgo de caída accidental. Por lo tanto, el paciente debe estar contenido físicamente | Evitar el retiro accidental de dispositivos infiltrados en el cuerpo o caídas ocasionados por estados de alteración de la consciencia del paciente. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Transfusión de componentes sanguíneos** | Existen riesgos mínimos relacionados con la transmisión de enfermedades: Hepatitis B (riesgo menor de 1 en 250.000 transfusiones), Hepatitis C (menos de 1 en 100.000 transfusiones), humano virus de la inmunodeficiencia (SIDA) (menos de 1 de cada 2.000.000 transfusiones), otros virus y otros tipos de microorganismos que son aún menos frecuentes. Pueden presentarse reacciones adversas leves, infrecuentes y tratables (alergia, fiebre, escalofríos) y reacciones transfusionales poco frecuentes y graves como lesión pulmonar por transfusión, shock anafiláctico y hemólisis severa, entre otras. | Aumenta el flujo de sangre que nutre los órganos y los niveles de oxígeno del cuerpo. Para los pacientes con problemas relacionados con hemorragias, las transfusiones de plaquetas o de plasma pueden ayudar a controlar o evitar las complicaciones derivadas de las hemorragias. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Terapias de reemplazo renal** | La colocación del catéter conlleva riesgos como neumotórax, desplazamiento, rotura del catéter, trombos o infección.  La realización del procedimiento podría ocasionar alteraciones del sistema cardiovascular graves como arritmias o paro cardiaco, así como sangrados graves que pueden comprometer la vida del paciente | También conocida como hemodiálisis, es el procedimiento que se realiza en situaciones en las cuales se requiere remover elementos no deseados de la sangre, como ocurre en los casos de fracaso de los riñones o intoxicaciones graves. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Colocación de marcapasos transvenoso o percutáneo.** | La colocación del catéter conlleva riesgos como neumotórax, desplazamiento, rotura del catéter, trombos o infección.  Así mismo al insertar un dispositivo al interior del corazón podrían presentarse alteraciones del sistema cardiovascular graves como arritmias o paro cardiaco | Restablecimiento de la función cardiaca en casos en los cuales esta esté comprometida por alteraciones de la conducción eléctrica del corazón que de no corregirse podrían evolucionar a un paro cardiaco. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Intervenciones terapéuticas** integral  Terapia Respiratoria, Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional | Las intervenciones como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional son mínimamente invasivos por lo que no se asocian a riesgos de lesión grave; en el caso de Fisioterapia tiene riesgos de quemaduras de origen físico y/o eléctrico; en relación a Terapia Respiratoria requeriré intervenciones invasivas como la inserción de sondas de succión cerrada, higiene bronquial, toma de muestras de sangre arterial, asistencia a instauraciones de tubos orotraqueales y traqueotomías percutáneas, procedimientos que podrían generar riesgo de infecciones, lesiones en piel por punción y hemorragias. | Optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. Favorecen la rehabilitación integral y la reintegración a sus actividades de la vida diaria según curso de vida, monitorizar la evolución clínica del paciente. |  | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cedula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autorizo la intervención  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Estas complicaciones son tratables, pero pueden requerir de otras medidas médicas, administración de líquidos y medicamentos. El equipo médico y los recursos de la institución, siempre estarán dispuestos a resolver estas complicaciones de una manera efectiva.

**RIESGOS PERSONALIZADOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FÍSICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente si existe** |  |  |  |
| **Profesional o testigo** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional asistencial** |  |  |  |