**LISTA DE CHEQUEO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**MES DE REVISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL USUARIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SI** | **NO** | **OBSERVACION** |
| Tiene correcto los nombres del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto los apellidos del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto el número de documento de identidad del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto la fecha de nacimiento del usuario? |  |  |  |
| El usuario leyó el consentimiento informado? |  |  |  |
| Tiene la firma del profesional de la salud? |  |  |  |
| Tiene la firma del usuario? |  |  |  |

**LISTA DE CHEQUEO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**MES DE REVISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL USUARIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SI** | **NO** | **OBSERVACION** |
| Tiene correcto los nombres del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto los apellidos del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto el número de documento de identidad del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto la fecha de nacimiento del usuario? |  |  |  |
| El usuario leyó el consentimiento informado? |  |  |  |
| Tiene la firma del profesional de la salud? |  |  |  |
| Tiene la firma del usuario? |  |  |  |

**LISTA DE CHEQUEO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**MES DE REVISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL USUARIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **SI** | **NO** | **OBSERVACION** |
| Tiene correcto los nombres del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto los apellidos del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto el número de documento de identidad del usuario? |  |  |  |
| Tiene correcto la fecha de nacimiento del usuario? |  |  |  |
| El usuario leyó el consentimiento informado? |  |  |  |
| Tiene la firma del profesional de la salud? |  |  |  |
| Tiene la firma del usuario? |  |  |  |