

FORMATO DE SELECCIÓN DE CASO CLÍNICO
REPOSITORIO INSTITUCIONAL “CASUS MERCEDES”
HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO



I. DATOS GENERALES

- Servicio: _____
- Fecha de Selección: _____
- Responsable del Servicio: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

(Información no identificable)

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Diagnóstico principal: _____

III. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Marcar con ✓ si cumple:

Ítem	Criterio	Cumple
1	El caso presenta valor docente	<input type="checkbox"/>
2	El caso presenta interés clínico	<input type="checkbox"/>
3	El caso permite análisis diagnóstico	<input type="checkbox"/>
4	El caso permite anonimización adecuada	<input type="checkbox"/>
5	Existe consentimiento informado (cuando aplica)	<input type="checkbox"/>
6	No compromete la confidencialidad del paciente	<input type="checkbox"/>

IV. EVALUACIÓN PRELIMINAR

El médico residente asesor y el médico asistente del servicio certifican que el presente caso clínico cumple con los criterios mínimos para su elaboración como reporte académico.

V. FIRMAS

Médico Residente Asesor

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Médico Asistente del Servicio

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

VI. CONCLUSIÓN

- Caso clínico seleccionado para elaboración de reporte académico.
- Caso clínico no seleccionado.

