



Resolución Directoral

Miraflores, 23 de Setiembre de 2014

VISTO:

El Expediente N° 14-012190-001 que contiene el Informe N° 03-CHC-HEJCU-2014 emitido por el Comité de Historias Clínicas, el Informe N° 151-2014-OEPP-EPO-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y el Memorando N° 346-OEI-HEJCU-2014 emitido por la Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 4 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlos, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso;

Que, asimismo, el artículo 15 de la referida norma legal dispone en el numeral 15.4 que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción; cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión;

Que, el artículo 40 de la acotada Ley establece que ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA se aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", de la cual se colige que el Consentimiento Informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según la Ley General de Salud, artículos 4 y 40;

Que, mediante Informe N° 03-CHC-HEJCU-2014 el Comité de Historias Clínicas propone la actualización del Formato de Consentimiento Informado, y la inclusión del Formato de Consentimiento Informado Anestesiológico;



Que, mediante Informe N° 151-2014-OEPP-EPO-HEJCU, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto emite opinión favorable para la aprobación del Formato de Consentimiento Informado, y del Formato de Consentimiento Informado Anestesiológico, solicitando su aprobación con acto resolutivo;

Que, asimismo, con Memorando N° 346-OEI-HEJCU-2014, la Oficina de Estadística e Informática emite opinión favorable para la actualización del Formato de Consentimiento Informado, y la inclusión del Formato de Consentimiento Informado Anestesiológico;

Estando a lo propuesto e informado por el Comité de Historias Clínicas;

Con las visaciones del Director Médico, del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la Jefa de la Oficina de Estadística e Informática y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- APROBAR el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLÓGICO** del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que los formatos serán de uso obligatorio para todas las unidades y/o departamentos asistenciales del Hospital en lo que corresponda.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR a la Dirección Médica la supervisión, evaluación y control de los citados formatos, debiendo informar a la Dirección General las veces que sea requerido.

ARTÍCULO QUINTO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias
"JOSE CASIMIRO ULLOA"
D^{ra}. MANUELA VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13552

MAVZ/LEAH/JHDC/ERFZ/mgs

DISTRIBUCION

- Dirección Médica
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Estadística e Informática
- Unidades y/o Dptos. Asistenciales
- Of. de Comunicaciones
- Archivo



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como paciente, usted tiene el derecho a ser informado, acerca de los beneficios y riesgo derivados del procedimiento quirúrgico médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento

Nombre del Paciente: _____

Nombre del representante: _____

- 1. Conste por el presente documento:
 - a) Que he sido debida y claramente informado sobre mi (s) diagnostico (s): _____

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento: _____

- b) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo así como los riesgos de no realizarlo.
- 2. Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.
- 3. Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviniera en grave riesgo para mi vida y salud.
- 4. He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico. Las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos que se incurren, las posibilidades de complicaciones, por lo que doy el consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe de lo cual firmo.

Lima, de del



Nombre y Firma del Paciente/Representante

DNI _____

Médico Tratante

C.M.P. _____



REVOCATORIA

Por el presente expreso mi deseo de invalidar lo anteriormente aceptado, soy consciente de los riesgos que pueda acarrear a mi salud el no aceptar la realización del procedimiento recomendado por los médicos encargados de mi tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre:

DNI

Firma del Tutor o Representante

Nombre:

C.M.P.



PERU

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

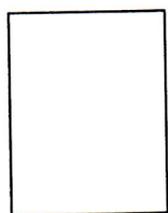


NTS Nº 089- MINSA/DGSP -V.01 NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION ANESTESIOLOGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLÓGICO

(Letra de Imprenta)

- 1. Yo, identificado con documento de identidad; Tipo (1)..... Nº..... por la presente autorizo a los anestesiólogos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", a realizar en mi o en el (la) paciente el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica
2. El medico anestesiólogo me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o sus asistentes lo juzgan necesario.
4. Reconozco que me han informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como dolor de cabeza, mareo, nauseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, en los dientes, en mucosas, y lesiones por la (s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:
5. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrio y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.



Fecha D/M/A ____/____/____

Hora: _____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO (De ser necesario)

Firma: _____

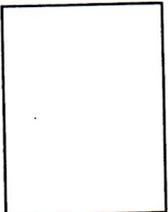
Firma: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo ____ Nº _____

Documento de identidad: Tipo ____ Nº _____



Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende (n) completamente lo que he explicado.

MEDICO ANESTESIOLOGO

DD MM AA

Hora: _____

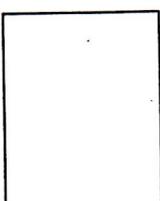
Nombre: _____

Firma y Sello: _____

Tipo (1) DNI: Documento Nacional de Identidad; CE: Carnet de Extranjería; P A: Pasaporte

REVOCATORIA

Por el presente expreso mi voluntad de revocar mi consentimiento previamente firmado. Soy consciente de los riesgos que pueda acarrear a mi salud el no aceptar la realización del procedimiento recomendado por los médicos encargados de mi tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.



Fecha D/M/A ____/____/____

Hora: _____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO (De ser necesario)

Firma: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo ____ Nº _____

Documento de identidad: Tipo ____ Nº _____

