



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID 19

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°...../2020/INSNSB)

**Nombre del Procedimiento ( ) / Cirugía ( ):**

.....

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Unidad de Atención Integral Especializada.

Sub Unidad de Atención Integral Especializada de .....

Sub. Especialidad / Servicio: .....

**Diagnóstico:** .....

**Descripción del Procedimiento/Cirugía:** .....

.....

.....

**Objetivos del Procedimiento/Cirugía:** .....

.....

**Beneficios Esperados:** Es conveniente/necesario, debido al diagnóstico del paciente, la realización de este procedimiento o tratamiento quirúrgico, a realizarse durante la Pandemia Covid 19, para contribuir a mejorar el estado del paciente y obtener los beneficios:

.....

### Riesgos o Complicaciones Frecuentes:

En el marco de la pandemia por COVID 19, las personas que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardiacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y desarrollar una enfermedad grave. Incluso las personas con síntomas muy leves de COVID-19 pueden transmitir el virus.

Este procedimiento/ cirugía puede ser un riesgo para contraer el virus debido que el virus Covid 19 tiene un período largo de incubación, durante el cual es portador, pudiendo ser asintomáticos, y siendo altamente contagioso. Debido también a las limitaciones actuales para la realización de las pruebas virales, es difícil determinar quién es portador del virus y quién no.

Los procedimientos y tratamientos quirúrgicos pueden generar aerosoles que pueden producir el contagio de la enfermedad. La naturaleza ultrafina de los aerosoles que producen los equipos le permite permanecer suspendido al virus en el aire lo cual puede transmitir el virus COVID 19.

A pesar de aplicarse las normas de bioseguridad institucionales del INSNSB, debido a las características del virus, existe un riesgo elevado de contraer el virus durante el procedimiento o tratamiento quirúrgico.



**Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:** .....  
.....

**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento:** No llegar al diagnóstico correcto, tratamiento o recuperación oportuna de la patología que pueda presentar el paciente.

**Describir posibilidad de Método diagnóstico Alternativo:** No hay método diagnóstico alternativo.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**  
.....  
.....

**Pronóstico:** Reservado ( ) De acuerdo a enfermedad de fondo ( ) Puede contraer COVID 19 ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

Preguntar al tutor/ familiar o paciente:

( ) He sido informado de las directivas institucionales e internacionales de salud ante la situación de la pandemia actual.

( ) Confirmando que autorizo que se realice el procedimiento o tratamiento quirúrgico que se ha propuesto en mi familiar y que está enmarcado en lo anteriormente mencionado.

( ) Confirmando que mi familiar y/o mi persona no han presentado síntomas en relación al COVID 19 en los últimos 14 días.

( ) Declaro haber estado en contacto con personas con COVID 19 positivo en los últimos 14 días. SI ( ) NO ( )

( ) Entiendo que los organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social, lo cual es imposible durante el procedimiento o tratamiento quirúrgico a realizarse.

( ) Acepto que mi familiar / paciente con COVID 19 positivo ( ) o negativo ( ) se le realice el procedimiento o tratamiento quirúrgico.



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID 19**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Médico: Nombre \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento o tratamiento quirúrgico a realizarse durante la Pandemia Covid 19.

**He sido informado y entiendo que:**

- ( ) El virus Covid 19 tiene un período largo de incubación durante el cual es portador y que pueden ser asintomáticos, siendo altamente contagioso.
- ( ) Que al momento, debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es difícil determinar quién es portador del virus y quién no.
- ( ) Que los procedimientos y tratamientos quirúrgicos pueden generar aerosoles que pueden producir el contagio de la enfermedad, lo cual puede transmitir el virus Covid 19.
- ( ) A pesar de aplicarse las normas de bioseguridad institucionales del INSNSB, debido a las características del virus, existe un riesgo elevado de contraer el virus durante el procedimiento o tratamiento quirúrgico.
- ( ) He sido informado de las directivas institucionales e internacionales de salud ante la situación de la pandemia actual.

**Confirmo que:**

- ( ) Autorizo que se realice el procedimiento o tratamiento quirúrgico que se ha propuesto en mi familiar y que está enmarcado en lo anteriormente mencionado.
- ( ) Que mi familiar y/o mi persona no han presentado síntomas en relación al COVID 19 en los últimos 14 días.
- ( ) Declaro SI ( ) NO ( ) haber estado en contacto con personas con COVID 19 positivo en los últimos 14 días.
- ( ) Entiendo que los organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social, lo cual es imposible durante el procedimiento o tratamiento quirúrgico a realizarse.
- ( ) Acepto que mi familiar / paciente con COVID 19 positivo ( ) o negativo ( ), se le realice el procedimiento o tratamiento quirúrgico.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento** para la realización del procedimiento o tratamiento quirúrgico en el marco de la **Pandemia Covid 19.**



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Madre o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Responsable**



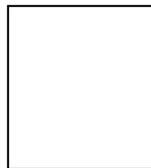
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

C.M.P. N° \_\_\_\_\_  
R.N.E. N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** presentado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento o tratamiento quirúrgico en el marco de la **Pandemia Covid 19**. y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Madre o Representante Legal**  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Responsable**  
C.M.P. N° \_\_\_\_\_  
R.N.E. N° \_\_\_\_\_