

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 09 NOV. 2015

VISTO:

El expediente N° 15-014633-001-INSN-SB, sobre aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado de Cirugía Plástica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla, impulsando en ese marco, la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud;

Que, en el Artículo 15° inciso h) de la precitada Ley establece que toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho "A *qué se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste*".

Que, el numeral 6° de Definiciones de las Disposiciones Generales de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece 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 la naturaleza de la atención (...)";

Que, la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece que "(...) En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal. El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud (...)";

Que, mediante Nota Informativa N° 107-2015-SUAIEPEQ-INSN-SB, la Responsable de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas solicita al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado de la especialidad de Cirugía Plástica.



N° 147 /2015/INSN-SB/T

Que, mediante la Nota Informativa N° 301-2015-UGC-INSN-SB, la Médico Cirujano Katia Anahí Granados Guibovich, Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado de Cirugía Plástica, mediante Resolución Directoral; los que cuentan con su opinión favorable; así como con la de la Unidad de Atención Integral Especializada, que consta en la Nota Informativa N° 161-2015-UAIE-INSN-SB;

Con el Visto bueno de la Dirección Adjunta, de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA; y, en la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar los Formatos de Consentimiento Informado de Cirugía Plástica, que como anexos forman parte de la presente resolución; los mismos que se detallan a continuación:

- Consentimiento Informado Específico de la Fisura Labial (QUEILOPLASTÍA)
- Consentimiento Informado Específico para la Fisura Palatina (PALATOPLASTÍA)
- Consentimiento Informado Específico de Fístula Palatina (PLASTÍA DE FÍSTULA)
- Consentimiento Informado Específico de la Fisura Labial Operada (Revisión de QUEILOPLASTÍA)
- Consentimiento Informado Específico de la Insuficiencia Velofaríngea
- Consentimiento Informado Específico de la Nariz Fisurada (RINOPLASTÍA)

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas la implementación de los Formatos de Consentimiento Informado de Cirugía Plástica.

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos de Consentimiento Informado.

ARTÍCULO 4°.- Disponer la publicación de la presente Resolución y los Formatos de Consentimiento Informado aprobados, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

 Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tómas González
DIRECTORA GENERAL

EZTG/JCRG/kfb

Distribución

- () Titular
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Archivo



Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la Fisura Labial (QUEILOPLASTIA)- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-2015)

El tratamiento de la **Fisura Labial (QUEILOPLASTIA)**, es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación del defecto del labio con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los niños que presentan fisura labial, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la fisura labial (QUEILOPLASTIA)

Alternativas: No existe

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.-Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento de QUEILOPLASTIA**.

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento de QUEILOPLASTIA**.

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

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del
paciente

DNI:.....

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del
paciente

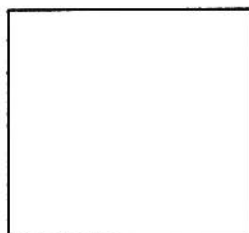
DNI:.....

HUELLA

DIGITAL

INDICE

DERECHO



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o
Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha..... de..... del..... Y
no autorizo la realización **Procedimiento de QUEILOPLASTIA**. Asumo las consecuencias
que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,.....de.....del.....

.....
Firma del Responsable del
paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

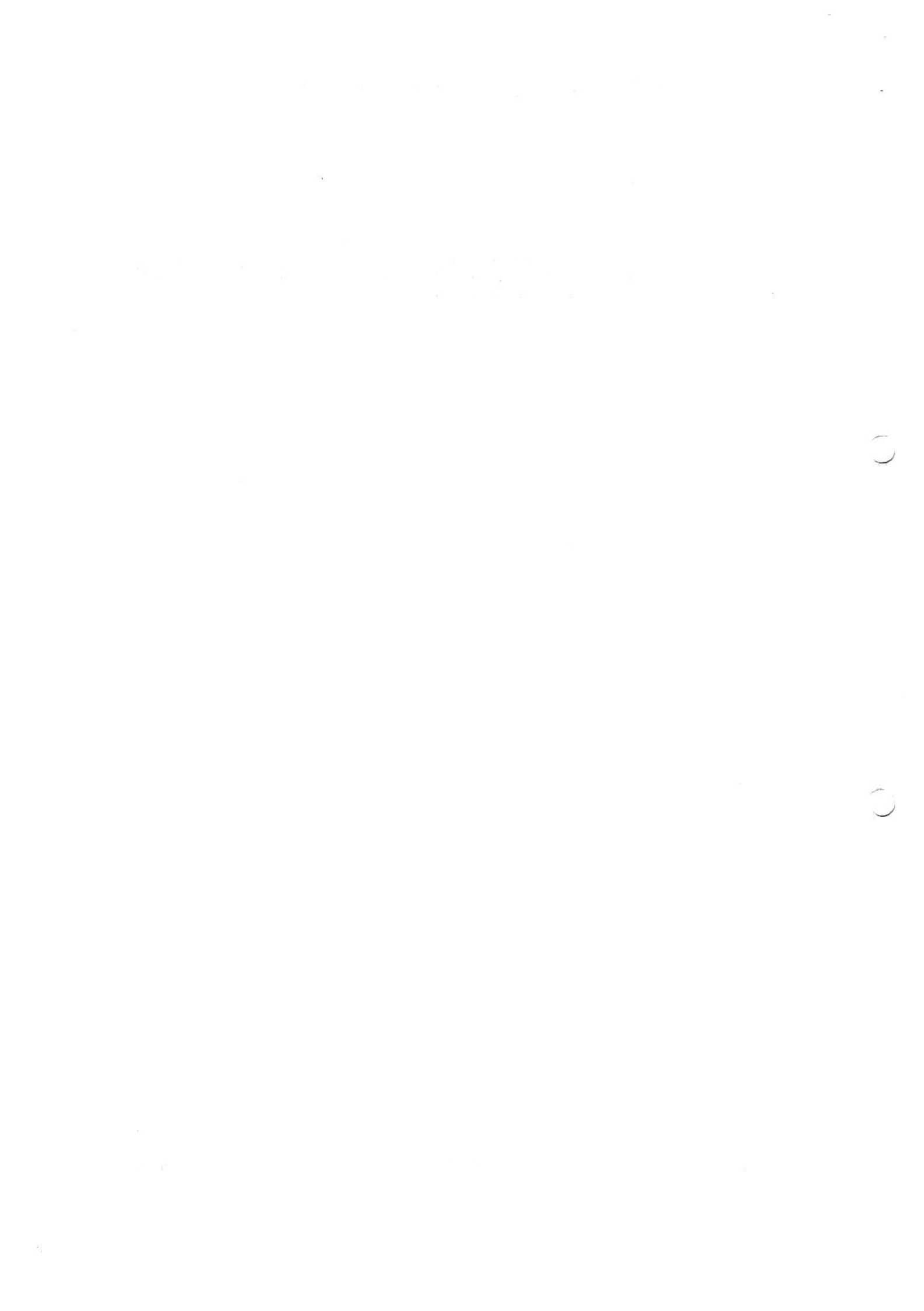
.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP – CIE-001



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------





Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la Fisura Palatina (PALATOPLASTIA)- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-2015)

El tratamiento de la Fisura del Paladar (PALATOPLASTIA), es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación del defecto del paladar con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los niños que presentan fisura del paladar, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la fisura del paladar (PALATOPLASTIA)

Alternativas: No existe

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.-Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento de PALATOPLASTIA**.

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento de PALATOPLASTIA**.

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

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del paciente

DNI:.....

Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

Firma de testigo (opcional) del paciente

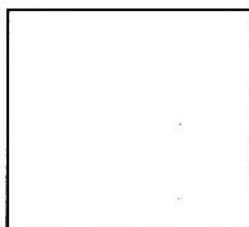
DNI:.....

HUELLA

DIGITAL

INDICE

DERECHO



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha..... de..... del..... Y no autorizo la realización **Procedimiento de PALATOPLASTIA**. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,..... de..... del.....

.....
Firma del Responsable del
paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP – CIE-002

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------





Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la Insuficiencia Velofaríngea- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-2015)

El tratamiento de la **Insuficiencia Velofaríngea**, es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación funcional del paladar blando que se produce como consecuencia de una reparación previa de una fisura palatina, la cual no ha tenido resultados óptimos con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los niños que presentan fisuras palatinas operadas que requieran mejorar sus resultados, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia velofaríngea

Alternativas: No existe

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.-Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....
.....

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento Corrección de la Insuficiencia Velofaríngea**.

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento Corrección de la Insuficiencia Velofaríngea** Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del paciente

DNI:.....

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

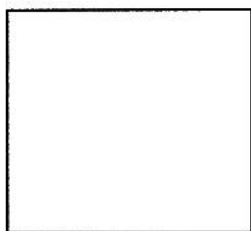
DNI:.....

HUELLA

DIGITAL

INDICE

DERECHO



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o
Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del..... Y
no autorizo la realización **Procedimiento Corrección de la Insuficiencia Velofaringea**.
Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,.....de.....del.....

.....
Firma del Responsable del
paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP - CIE-005



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la Fisura Labial Operada (Revisión de QUEILOPLASTIA)- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-2015)

El tratamiento de la **Fisura Labial Operada (REVISION DE QUEILOPLASTIA)**, es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación del defecto que se produce como consecuencia de una reparación previa de una fisura labial, la cual no ha tenido resultados óptimos con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los niños que presentan fisuras labiales operadas que requieran mejorar sus resultados, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la fisura labial operada (REVISION DE QUEILOPLASTIA)

Alternativas: No existe

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.-Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento REVISION DE QUEILOPLASTIA**.

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento de REVISION DE QUEILOPLASTIA** Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del paciente

DNI:.....

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

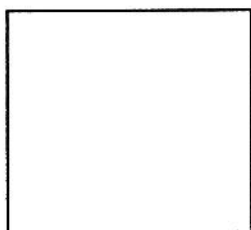
DNI:.....

HUELLA

DIGITAL

INDICE

DERECHO



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha..... de..... del..... Y no autorizo la realización **Procedimiento de REVISION DE QUEILOPLASTIA**. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,.....de.....del.....

.....
Firma del Responsable del paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP – CIE-004



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la Nariz Fisurada (RINOPLASTIA)- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-2015)

El tratamiento de la Nariz Fisurada (RINOPLASTIA), es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación funcional de la nariz en los pacientes con diagnóstico de labio fisurado, con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los pacientes que presentan fisuras labiales y/o palatinas, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la nariz fisurada (RINOPLASTIA)

Alternativas: No existe

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....
.....

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

.....

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento Corrección de la Nariz fisurada (RINOPLASTIA)**

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento Corrección de la Nariz fisurada (RINOPLASTIA)** Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del paciente

.....
Firma de Médico

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

CMP:.....
RNE:.....

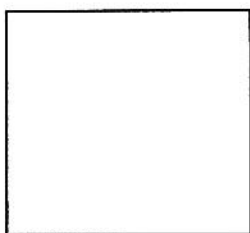
DNI:.....

HUELLA

DIGITAL

INDICE

DERECHO



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o
Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del..... Y
no autorizo la realización **Procedimiento Corrección de la Nariz fisurada (RINOPLASTIA)**.
Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,.....de.....del.....

.....
Firma del Responsable del
paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP – CIE-006



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama



**Consentimiento Informado Específico para la Realización del Tratamiento Quirúrgico de la
Fistula Palatina (Plastia de Fistula)- (Ley General de Salud N° 26842, RD N°-INSNSB-DG-
2015)**

El tratamiento de la **Fistula Palatina (PLASTIA DE FISTULA)**, es un procedimiento quirúrgico y consiste en la reparación del defecto de la fistula del paladar con el fin de mejorar la función del mismo. Está indicado en los niños que presentan fistulas en el paladar, para la realización de esta cirugía el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio pre-operativo y evaluación pre-operatoria.

Objetivo del tratamiento: Es realizar el tratamiento quirúrgico de la fistula palatina (PLASTIA DE LA FISTULA)

Alternativas: Obturador de paladar .

Consecuencias previsibles de su realización:

1.- Hemorragia

2.- Infección

Consecuencias previsibles de su no realización: Dificultad para el lenguaje, problemas sociales, problemas de aprendizaje, problemas para la alimentación.

Riesgos frecuentes:

1.- Hemorragia

Riesgos poco frecuentes:

1.-Infección

2.-Dehiscencia de sutura

3.-Necrosis

Riesgos en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....
.....

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico.....

Recomendaciones.....

--	--	--	--

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra.....de años de edad, con domicilio en:.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento PLASTIA DE FISTULA**.

Y que luego de haber sido informado(a), acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del **Procedimiento de PLASTIA DE FISTULA**.

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

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del paciente

Firma de Médico

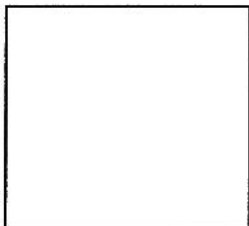
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

CMP:.....
RNE:.....

DNI:.....

HUELLA
DIGITAL
INDICE
DERECHO




Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------



Revocatoria del Consentimiento:

Yo Sr/Sra.....
de..... de edad, DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del..... Y no autorizo la realización **Procedimiento de PLASTIA DE FISTULA**. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,.....de.....del.....

.....
Firma del Responsable del paciente

DNI:

.....
Firma de Médico

CMP:.....
RNE:.....

.....
Firma de testigo (opcional) del paciente

DNI:.....

Formato: CP – CIE-003



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------

