

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 07 de Julio de 2014

VISTO:

El expediente N° 14-004060-001-INSN-SB, que contiene la Nota Informativa N° 002-2014- COMITÉ HC-INSN-SAN BORJA; 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 darlo, 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, el Artículo 40° de la acotada Ley, establece que *"Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. 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 la NTS N° 022- MINSA-DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Epicrisis, Informe de Alta y Consentimiento Informado, aprobado por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA, define al consentimiento informado como 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 Ley General de Salud, artículo 4° y 40°;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, publicada el 2 de marzo de 2013, se formalizó la creación de la Unidad Ejecutora 139: Instituto Nacional de Salud del Niño –San Borja, estableciendo cinco ejes de atención: Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticas, Cardiología y Cirugía Vascular, Neurocirugías, Atención de Neonato Complejo y Cirugía Neonatal y Atención al paciente quemado;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 091-2013/MINSA, publicada el 02 de marzo de 2013, se encargó al Médico Cirujano Carlos Luis Urbano Durand, Ejecutivo Adjunto II, Nivel F5, del Despacho Ministerial del Ministerio de Salud, como Titular de la Unidad Ejecutora 139: Instituto Nacional del Niño-San Borja, en el pliego 011 Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 015/2013/INSN-SB/T de fecha 27 de noviembre de 2013, se aprobó la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja;

Que, mediante Resolución Directoral N° 060/2014/INSN-SB/T de fecha 16 de mayo de 2014, se aprobó la nueva conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja;

Que, mediante Nota Informativa N° 002-2014- COMITÉ HC-INSN-SAN BORJA, de fecha 26 de junio de 2014, el Lic. Carlos Orrego Rodríguez, Presidente del Comité Institucional de Historia Clínica del INSN-SB, envía el Formato de Consentimiento Informado de Hospitalización, Formato de Consentimiento Informado para la Administración de Anestesia y el Formato de Consentimiento Informado para Curaciones, para su aprobación por cumplir con la estructura dispuesta en la NTS N° 022- MINSA-DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, mediante el Informe Legal N° 095-2014-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica opina que los establecimientos de salud cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud; en ese sentido, es factible la aprobación del Formato de Consentimiento Informado de Hospitalización, el Formato de Consentimiento Informado para la Administración de Anestesia y el Formato de Consentimiento Informado para Curaciones, porque ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo;

Por estas consideraciones, y estando además a lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en la NTS N° 022- MINSA-DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobado por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA, en la Resolución Ministerial 090-2013/MINSA, en la Resolución Ministerial 091-2013/MINSA; y en la Resolución Ministerial N°112-2014/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA, que consta en el Anexo 01.

Artículo Segundo.- APROBAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA, que consta en el Anexo 02.

Artículo Tercero.- APROBAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CURACIONES del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA, que consta en el Anexo 03.

Artículo Cuarto.- El cumplimiento del contenido de los Formatos mencionados en el párrafo anterior, será de responsabilidad de cada Unidad o Sub-Unidad y de la supervisión del cumplimiento es el Comité Institucional de Historia Clínica del INSN-SB.

Artículo Quinto.- Disponer que la Unidad de Comunicaciones realice la publicación en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
Carlos Luis Urbano Durand
TITULAR
RNE:18686 CMP:18710

CLUD/JCRG

Distribución

- ☐ Titular
- ☒ Unidad de Administración
- ☐ Unidad de Asesoría Jurídica
- ☐ Unidad de Comunicaciones
- ☐ Comité Institucional de Historia Clínica



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
HOSPITALIZACIÓN**

Yo, _____ identificado(a) con DNI [] / CE [] / Pasaporte[],
N° _____, Padre[] /Madre[] / Tutor[] / Representante Legal[] del(la)
menor _____; Habiéndome reunido en la fecha, con el
médico(a) del Instituto Nacional de Salud del Niño –San Borja, Dr. _____ donde **se está**
atendiendo mi hija(o)/representado(a) y me **ha** informado que mi hijo(a)/representado(a) padece de
_____.

Frente a esta situación, declaro lo siguiente:

1. El médico tratante me **ha** explicado en un lenguaje claro y sencillo la naturaleza de la enfermedad de mi hijo(a)/representado(a) y de sus eventuales complicaciones y he comprendido el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos.
2. Así mismo he comprendido que la evolución del cuadro clínico, es cambiante por lo que puede ser necesario actuar rápidamente, aun en mi ausencia, realizando procedimientos necesarios para la recuperación de mi hijo(a)/representado(a), incluyendo, en caso de urgencia o emergencia, tratamientos o traslados a otra unidad clínica, incluida la Unidad de Cuidados Intensivos, para asegurar la oportunidad del tratamiento. También que se me informará tan pronto sea posible.
3. Me **ha** explicado que se pueden presentar complicaciones durante su permanencia en el Instituto a pesar de los mejores estudios diagnósticos y tratamientos.
4. Me **ha** explicado que esta unidad tiene un horario de visitas el cual estoy dispuesto(a) a respetar; asimismo, el equipo de salud podrá solicitar que me retire transitoriamente.
5. Me **ha** explicado, que si deseo apoyo espiritual de la religión que profeso, solo tengo que comunicarle al médico tratante, quien dará las facilidades para tal efecto.
6. Me **ha** informado que el Instituto cuenta con un Comité de Ética Asistencial, que asesora en decisiones clínicas, relacionada con valores de los pacientes y sus familiares.
7. Me ha informado de la existencia del documento **“Deberes y Derechos del Paciente del Instituto”** los cuales me comprometo a leer y respetar.
8. También, comprendo que, en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora doy, quedando el médico tratante en libertad de tomar las acciones necesarias para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

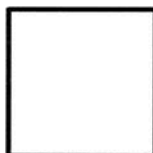
Habiendo realizado las preguntas que considere oportuna, todas las cuales han sido absueltas con respuestas que considero suficientes y aceptables, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones del (la) médico(a) tratante, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él (ella), ni por ningún personal de salud, otorgo mi consentimiento para la hospitalización de mi menor hijo(a)/representado(a).

San Borja, a las _____ horas del _____ de _____ del 2 _____

.....
Firma del Responsable Legal / Familiar

Nombre:.....

DNI / CE /Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

.....
Firma de Testigo

Nombre:.....

DNI / CE /Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

.....
Firma y sello del Médico Tratante

Yo, _____, identificado con DNI [] / CE [] /
Pasaporte [] N° _____ en mi calidad de Madre [] / Padre [] / Apoderado [] / Representante legal []
del(la) paciente _____, luego de haber sido informado de la naturaleza y
riesgos del procedimiento/tratamiento propuesto, me niego a que se realice el procedimiento propuesto en
mi menor hijo(a)/ representado(a), haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi
decisión.

San Borja, a las _____ horas del _____ de _____ del 20 _____

.....
Firma del Responsable Legal / Familiar

Nombre:.....

DNI / CE / Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

.....
Firma de Testigo

Nombre:.....

DNI / CE / Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

Yo, _____ identificado(a) con DNI [] / CE [] / Pasaporte [],
N° _____, Padre [] / Madre [] / Tutor [] / Representante Legal [] del(la)
menor _____; He tenido reunión con el medico(a) del Instituto
Nacional de Salud del Niño-San Borja, de mi hija(o)/representado(a), Dr(a)
_____, quien me ha informado que mi hijo(a)/ representado(a) padece de
_____ por lo que necesita ser sometido a un procedimiento bajo
anestesia.

Frente a esta situación declaro lo siguiente:

1. El Médico 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.
2. Se me ha informado de la necesidad del ayuno preoperatorio y de todas las precauciones necesarias antes del procedimiento anestésico.
3. Se me ha informado exhaustivamente sobre las alternativas existentes y los procedimientos de la anestesia **general** [], **loco-regional** [], **local** [], **balanceada** [] y de la sedación. Además se ha informado sobre las técnicas de monitoreo de las funciones vitales y colocación de catéteres para monitoreo invasivo si fuera necesario.
4. Se me ha explicado que todos los procedimientos anestésicos tienen un margen de riesgo (morbimortalidad), inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica, entre los más frecuentes pueden ser _____ y otros.
5. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales como:

6. Reconozco que me han informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de venopunción, dolor de garganta, lesiones en los dientes, en mucosas y encías, además de otras complicaciones asociadas al procedimiento y a las patologías previas.

Habiendo realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas con respuestas que considero suficientes y aceptables, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones del (la) médico(a) tratante, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él (ella), ni por ningún personal de salud, otorgo mi consentimiento para la administración de la anestesia propuesta para mi menor hijo(a)/representado(a).

San Borja, _____ de _____ del 20 _____

.....
Firma del Familiar/Responsable legal

Nombre:.....

DNI / CE /Pasaporte N°:.....

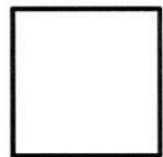


HUELLA DIGITAL

.....
Firma de Testigo

Nombre:.....

DNI / CE /Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

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

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO

Fecha: ____ / ____ / ____

* DNI (Documento Nacional de Identidad), CE (Carnet de Extranjería), PA (Pasaporte)

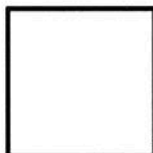
Yo, _____, identificado con DNI [] / CE [] /
Pasaporte [] N° _____ en mi calidad de Madre [] / Padre [] / Apoderado [] / Representante legal [] del(la)
paciente _____, luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del
procedimiento/tratamiento propuesto, me niego a que se realice el procedimiento propuesto en mi menor hijo(a)/
representado(a), haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

San Borja, a las _____ horas del _____ de _____ del 20 _____

.....
Firma del Responsable Legal / Familiar

Nombre:.....

DNI / CE / Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

.....
Firma de Testigo

Nombre:.....

DNI / CE / Pasaporte N°:.....



HUELLA DIGITAL

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CURACIONES

El familiar y/o apoderado del paciente: debidamente
identificado con **DNI y Firma**, mediante el presente autoriza a los médicos anestesiólogos de Centro
Quirúrgico del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA a realizar el acto anestésico adecuado
de acuerdo al procedimiento que requiera el paciente.

Los Médicos Anestesiólogos me han explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me han 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.

Se me ha informado de la necesidad del ayuno preoperatorio y de todas las precauciones necesarias antes y después del procedimiento anestésico. También acepto que estos procedimientos tienen que ser continuos según indicación del Médico Especialista para la mejora de las lesiones en tratamiento.

[illegible]