



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 10 de julio de 2020

Visto, el Expediente 09498/2020, conteniendo el Informe N° 76-2020-DODONT-HCH, del Médico Coordinador del Departamento de Odontostomatología, quien remite el Formato de Consentimiento Informado para la Atención Estomatológica en el contexto de la pandemia por COVID-19, en el Hospital Cayetano Heredia, para su aprobación, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe N° 76-2020-DODONT-HCH, el Médico Coordinador del Departamento de Odontostomatología, remite el Formato de Consentimiento Informado para la Atención Estomatológica en el contexto de la pandemia por COVID-19, en el Hospital Cayetano Heredia, para su aprobación; indicando expresamente en su informe, que ya pasó la revisión de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, el artículo 4° de la acotada norma, dispone 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";

Que, mediante la Ley N° 29414, se modifica el artículo 15° de la Ley N°26842, Ley General de Salud, estableciendo en el numeral 15.4 inciso a) lo siguiente: Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el tratamiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: inciso a.1): En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción;

Que, el artículo 23° de la norma citada en el párrafo precedente, indica que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes;

Que, mediante la Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, se aprobó el Documento Técnico NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, el Decreto Supremo N° 116-2020-PCM, Prorroga el Estado de Emergencia Nacional declarado mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, ampliado temporalmente mediante los Decretos Supremos N° 0512020-PCM, N° 064-2020-PCM, N° 075-2020-PCM, N° 0832020-PCM y N° 094-2020-PCM; y precisado o modificado por los Decretos Supremos N° 045-2020-PCM, N° 0462020-PCM, N° 051-2020-PCM, N° 053-2020-PCM, N° 057-2020-PCM, N° 058-2020-PCM, N° 061-2020-PCM, N° 063-2020-PCM, N° 064-2020-PCM, N° 068-2020-PCM, N° 072-2020-PCM, N° 083-2020-PCM y N° 094-2020-PCM a partir del miércoles 01 de julio de 2020 hasta el viernes 31 de julio de 2020, por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19.

Que, en el Formato de Consentimiento Informado para la Atención Estomatológica en el contexto de la pandemia por COVID-19, en el Hospital Cayetano Heredia, se indica expresamente que, a pesar de aplicar todos los métodos de bioseguridad, existe un alto riesgo de transmisión de infección por virus, debido a la inevitable cercanía física entre el cirujano dentista y paciente para la realización de los procedimientos estomatológicos con posible generación de aerosoles; por tanto, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del COVID-19;

Que, estando a lo propuesto por el Médico Coordinador del Departamento de Odontoestomatología, y revisión de la Oficina de Gestión de la Calidad de acuerdo al contenido del Informe N° 76-2020-DODONT-HCH, de fecha 3 julio de 2020, y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica;



Con el visto del Médico Coordinador del Departamento de Odontoestomatología, y las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

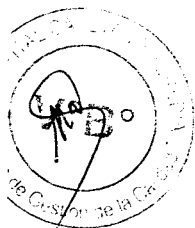
De conformidad, con lo dispuesto y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Formato de "Consentimiento Informado para la Atención Estomatológica en el Contexto de la Pandemia por COVID-19, en el Hospital Cayetano Heredia, que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DRA AIDA CECILIA PALACIOS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

ACRPR/BIC/bic/
OAJ
OGC
CDpto.OdontoEst.



DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN
ESTOMATOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR
COVID-19 EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Yo, (Nombres y Apellidos).....de.....años,
con Documento de Identidad (DNI/CE).....y con Historia Clínica
N°.....en mi propio nombre o en representación como padre/madre ó
tutor/representante legal de

.....
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro; que el/la Cirujano Dentista
..... me ha brindado información suficiente completa, clara, oportuna sobre mi
condición o enfermedad bucodental con el diagnóstico

Tengo en consideración que durante la pandemia por COVID-19 la atención será sólo de urgencia
(), emergencia (), ó mínimamente invasiva (), cuyo procedimiento o intervención
quirúrgica a realizar es y reafirmo
que entiendo lo siguiente:

- 1.- Que a pesar de aplica todos los métodos de bioseguridad, existe un alto riesgo de transmisión de infección por virus debido a la inevitable cercanía física entre el cirujano dentista y paciente para la realización de los procedimientos estomatológicos con posible generación de aerosoles, por lo tanto, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del COVID-19.
- 2.- Se consideran factores de riesgos asociados a complicaciones para COVID-19 a personas con edad mayor de 65 años, presencia de comorbilidades: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, asma, enfermedad respiratoria crónica, insuficiencia renal crónica, enfermedad o tratamiento inmunosupresor.
- 3.- El tiempo entre exposición al virus COVID-19 y la aparición de los primeros síntomas es de 14 días, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos.
- 4.- Verifico que el cirujano dentista cumple con las medidas de bioseguridad para realizar la atención estomatológica portando un equipo de protección personal.
- 5.- Confirmando que me aplicaron el Cuestionario para Triage COVID-19 como consta en el Anexo N°4 de la Directiva Sanitaria: "Manejo de la atención estomatológica en el contexto de la pandemia por COVID-19 del Ministerio de Salud, para el descarte de sintomatología asociada a la enfermedad.

He comprendido lo que me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho (a) con la información recibida y he comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y por ello, DE MANERA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA EN PLENO USO DE MIS



FACULTADES AUTORIZO () a que se me realice el procedimiento indicado por el equipo profesional del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Cayetano Heredia.

Así mismo, declaro no haber alterado mis datos sobre mis antecedentes, especialmente alergias o enfermedades previas.

San Martín de Porres,de.....del 2020

Hora.....

Firma del paciente ó Representante legal

Nombre:

DNI/CE:

Relación o parentesco:

Firma y sello del Cirujano Dentista

Nombre:

COP:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo,.....identificado con DNI N°.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocatoria para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

San Martín de Porres,.....de..... del 2020.

Hora.....

Firma del paciente ó Representante legal

Nombre:

DNI/CE:

Relación o parentesco:

Firma y sello del Cirujano Dentista

Nombre:

COP:

