



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 20 de diciembre de 2019

Visto, el Exp. N°29580-2019 con el Oficio N°446-2019-DEITD/HCH, del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas, envía para su revisión y aprobación el proyecto del Formato de Consentimiento Informado para Realizar los Exámenes Diagnósticos de Laboratorio para Detectar la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, Infecciones de Transmisión Sexual ITS y Hepatitis B y C y el Informe Técnico N°117-OGC-HCH-2019, de la Oficina de Gestión de la Calidad para la aprobación del formato de Consentimiento Informado, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N°466-2019-DEITD-HCH, la Jefa del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas, envía para su revisión y aprobación el proyecto del Formato de Consentimiento Informado para Realizar los Exámenes Diagnósticos de Laboratorio para Detectar la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, Infecciones de Transmisión Sexual ITS y Hepatitis B y C;

Que, con el Informe Técnico N°117-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad concluye que el formato de consentimiento informado para Realizar los exámenes Diagnósticos de Laboratorio para detectar la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, Infecciones de Transmisión Sexual ITS y Hepatitis B y C, tiene como finalidad obtener la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento; recomendando aprobar con Resolución Directoral el citado documento ya que impulsará la mejora de la calidad asistencial;

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, estando a lo solicitado por la Jefa del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica en el Informe N°1371-2019-OAJ/HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas 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 Realizar los Exámenes Diagnósticos de Laboratorio para Detectar la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, Infecciones de Transmisión Sexual ITS y Hepatitis B y C, del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas, del Hospital Cayetano Heredia que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del formato de Consentimiento Informado aprobado con la presente Resolución.

Artículo 3°.- 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 RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO PARA DETECTAR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ITS Y HEPATITIS B Y C
(Según artículo 4° de la Ley General de Salud N° 26842)

Yo, _____, identificado con DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte/Permiso Temporal de Trabajo N° _____ y con Historia Clínica N° _____

Este consentimiento informado representa la manifestación libre y voluntaria que usted dará por escrito luego de recibir y entender la información que se le brinde en relación a la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis B y C. Usted está autorizando que se le realice los exámenes diagnósticos de laboratorio para detectar la infección por VIH, otras infecciones de transmisión sexual y Hepatitis B y C. Las pruebas que se le va a realizar son utilizadas para precisar si una persona está infectada o no, con el VIH, otras Infecciones de Transmisión Sexual y/o Hepatitis B y C, mediante diferentes pruebas de detección en la sangre. El propósito de realizar estas pruebas es ayudarlo a usted a identificar si está infectado/a. El primer paso que se llevará a cabo es examinar su sangre utilizando diferentes pruebas de laboratorio. Si resultan reactivas/positivas, significaría que usted está infectado/a. Si el resultado es no reactivo/negativo significa que no hay evidencia de infección en este momento.

Debemos informarle además, que las pruebas de laboratorio son bastante confiables y sus resultados confidenciales. En el caso de que su diagnóstico sea reactivo/positivo para la infección por el VIH, otras Infecciones de Transmisión Sexual y/o Hepatitis B y C, requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para iniciar el/los tratamiento/s que controlen o curen las infecciones.

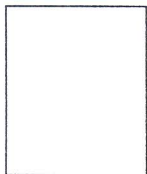
.....
Nombres y apellidos

.....
N° DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte/Permiso Temporal Trabajo

.....
Firma / Fecha y hora

.....
Firma y sello del Consejero

Si el usuario presenta incapacidad absoluta para comprender la información y/o tomar decisiones, su representante legal de acuerdo a ley deberá firmar y el usuario colocar su huella digital.



Huella digital

.....
Nombres y apellidos

.....
N° DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte/Permiso Temporal Trabajo





PERÚ | Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LAS INFECCIONES POR TRANSMISIÓN
SEXUAL-VIH/SIDA/HEPATITIS B Y C

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LOS EXÁMENES
DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO PARA DETECTAR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ITS Y HEPATITIS
B Y C**

(Según artículo 4° de la Ley General de Salud N° 26842)

Con fecha, de de

Ante la presencia de Médico tratante y un testigo, he decidido revocar mi anterior decisión, por lo que
cumpló con () **NO AUTORIZAR** la realización de exámenes diagnósticos de laboratorio para detectar
la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, Infecciones de Transmisión Sexual ITS y
Hepatitis B y C.

San Martín de Porres, de de

.....
Firma del paciente o representante legal
(Huella digital)
Nombre:
N° DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte/
PermisoTemporalTrabajo

.....
Firma del testigo
(Huella digital)
Nombre:
N° DNI/Carnet de Extranjería/Pasaporte/
PermisoTemporalTrabajo

.....
Firma del Médico tratante
(Huella digital)
Nombre:
CMP:

