



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, de Junio de 2017.

VISTO: El expediente N° 13525-2017, que contiene el Oficio N° 111-2017-DDI-HCH, por el cual se solicita la aprobación de los "Consentimientos Informados para Procedimientos a Pacientes".

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, la Ley acotada anteriormente, en su artículo 40°, 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;

Que, la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, modifica el artículo 15° de la Ley General de Salud -Ley N° 26842, en cuyo numeral 15.4 literales a) y a.3) se señala: "Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud en especial cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión, y si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital";

Que, asimismo la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", establece la importancia de la implementación del Consentimiento Informado para los casos de tratamientos especiales, prácticas, procedimientos o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, para lo cual debe registrarse el consentimiento informado utilizando un formato;

Que, la Resolución Directoral N° 720-2013-HNCH/DG del 24 de Setiembre de 2013, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 04-DG/OGC/HNCH-2013-V.01 "Proceso para la obtención del Consentimiento Informado en el Hospital Cayetano Heredia", la cual tiene como objetivo estandarizar el proceso de la obtención del Consentimiento Informado para procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento en los diferentes servicios del Hospital, también tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención mediante el respeto de los derechos de los usuarios, relacionado a una decisión libre, voluntaria y consiente luego de haber recibido información de manera suficiente y entendible;



Que, mediante Oficio N° 111-2017-DDI-HCH, de fecha 05.06.17, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes, remite la propuesta de los Formatos de Consentimientos Informados para Procedimientos a Pacientes, para su aprobación;

Que, mediante Memorando N° 463-OGC-2017-HCH, de fecha 13.06.17, la Oficina de Gestión de la Calidad, emite Opinión Técnica favorable sobre la propuesta de los Consentimientos Informados para Procedimientos a Pacientes;

Que, con el propósito de continuar el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas del Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente aprobar los "Consentimientos Informados para Procedimientos a Pacientes";

Que, el Artículo 6° Literal e) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, mediante Informe N° 419-2017-OAJ/HCH, de fecha 19.06.17, la Oficina de Asesoría Jurídica, emite el pronunciamiento correspondiente;

Con las visaciones del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, de las Oficinas de Gestión de la Calidad y de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con las normas contenidas en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°: APROBAR los "CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS A PACIENTES", los mismos que en anexo aparte forman parte de la presente resolución:

- Consentimiento Informado para Procedimientos No Invasivos – Digestivos Superior.
- Consentimiento Informado Administración Intravenosa de Medio de Contraste.
- Consentimiento Informado para Procedimientos No Invasivos.
- Consentimiento Informado para Biopsias.
- Consentimiento Informado para la Realización de Histerosalpingografía.

Artículo 2°: ENCARGAR al Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, la implementación, supervisión y seguimiento de los Consentimientos Informados aprobados en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°: DISPONER que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

SCAM/BIC/NEPP

- () DA
- () OGC
- () OAJ
- () Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

05 JUL. 2017

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUIROGA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDEATARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DR. SEGUNDO ACHO MEGO
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 27284



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS –
DIGESTIVOS SUPERIOR**

Para satisfacción de los derechos de las pacientes, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

La radiografía del tracto gastrointestinal superior es un procedimiento extremadamente seguro y no invasivo. Los resultados de la serie de radiografías tomadas nos llevan a un análisis exacto del esófago, el estómago y el duodeno.

Riesgos:

Existe una leve probabilidad de tener cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación. Sin embargo, el beneficio de un diagnóstico exacto es ampliamente mayor que el riesgo.

Posibilidad de retener un poco de bario que puede derivar en una obstrucción del sistema digestivo. En consecuencia, los pacientes que tienen una obstrucción en el tracto gastrointestinal no deben realizarse este examen.

Pacientes pueden ser alérgicos o han experimentado reacciones alérgicas después de comer chocolate, mariscos o cítricos informar al médico o tecnólogo antes del procedimiento.

Las mujeres siempre deberán informar a su médico o al tecnólogo de rayos X si existe la posibilidad de un embarazo.

Limitaciones:

La irritación de la membrana del estómago o esófago es difícil de detectar, así como las úlceras estomacales

Además he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado _____.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima ___ de _____ de 20___.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacidad o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima ___ de _____ de 20___.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacidad o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Usted va a someterse a una exploración radiológica solicitada por su médico; esta prueba utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica que nos ayudara a identificar y tratar mejor su enfermedad.

Ventajas: Procedimiento radiológico que permite una mejor visualización de los órganos internos y ayuda a caracterizar las lesiones del organismo.

Reacciones Adversas: En la mayoría de casos, el contraste no produce ninguna molestia; sin embargo puede producir:

Reacciones leves: Alergia medicamentosa, asma, enfermedades cardiopulmonares, nauseas, vomito, sudoración, bochornos, alteración del gusto, congestión nasal, mareo, enrojecimiento de la piel, escalofrío.

Reacciones moderadas: Taquicardia, hipotensión, hipertensión, dificultad respiratoria, broncoespasmo.

Reacciones severas: Convulsiones, paro cardio-respiratorio.

Efecto Colateral:

Raramente el medio del contraste puede dar origen o agravar una insuficiencia renal.

Pacientes que se les ha administrado sustancia de contraste con anterioridad para otros procedimientos.

Contraindicaciones: Contraindicado en pacientes con historia de mieloma múltiple y gamapatía monoclonal.

DECLARO HABER PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES (MARCA CON "X")

	SI	NO	DESCONOZCO	OBSERVACIONES		SI	NO	DESCONOZCO	OBSERVACIONES
ALERGICAS					EMBARAZO				
DIABETES					HIPERTIROIDISMO				
CIRROSIS HEPATICA					ASMA BRONQUIAL				
HIPERTENSION ARTERIAL					INSUFICIENCIA RENAL (DIALISIS)				
FIBROSIS PULMONAR					MIELOMA MULTIPLE				

Además he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado _____

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima ___ de _____ de 20__.

Paciente:

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Medico Radiólogo:

H.C.: _____

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima ___ de _____ de 20__.

Paciente:

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Medico Radiólogo:

H.C.: _____

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Usted va a someterse a una exploración radiológica solicitada por su médico; esta prueba utiliza **radiación ionizante**, en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica que nos ayudara a identificar y tratar mejor su enfermedad.

Ventajas: Procedimiento radiológico que permite una mejor visualización de los órganos internos y ayuda a caracterizar las lesiones del organismo.

Beneficios:

Es una técnica molesta pero poca agresiva que permite una información de la patología de un segmento del intestino; en la actualidad su uso es con frecuencia.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

Riesgos Frecuentes:

Irradiación

He sido citado para que se me realice el examen de **COLON CONTRASTADO**, imprescindible para emitir un diagnóstico correcto. El cual consiste en administrar por vía rectal la sustancia de contraste baritada y/o yodada según patología clínica, seguidamente se le tomara las radiografías en las diferentes proyecciones. El riesgo que puede presentarse una obstrucción intestinal o que la sustancia se elimine por la cavidad abdominal y / o esté gestando.

Además he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado _____.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____
R.N.E _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima _____ de _____ de 20____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____
R.N.E _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIAS

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio competente.
La intervención consta en la obtención de muestra, parcial o global, de la lesión; mediante a punción o por incisión.

Procedimiento:

La biopsia consiste en retirar fragmentos de la zona afectada, bajo guía ecográfica u radiológica, la cual se obtendrán muestras u fragmentos de células, las que se enviarán a patología para su análisis.

Riesgos:

La intervención consiste en el estudio anatómo-patológico, inmunohistoquímico, bacteriológico y/o citogenético de la lesión. A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

Los más frecuentes:

Complicaciones locales hematoma, dolor en la zona de intervención, aparición de sangre que suelen resolverse espontáneamente.

Los más graves:

Reacciones vagales como mareos, sudoración, palpitaciones, etc; de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida del conocimiento.
Reacciones a la anestesia dependiendo de su intensidad que pueden llegar a ser graves.
Sepsis e infección generalizada que puede resultar muy grave.
Hemorragia durante del procedimiento como posteriormente.
Reacciones alérgicas o efectos indeseables.

Además he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado _____
Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____.

Paciente:	Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):	Medico Radiólogo:
H.C.: _____	Firma: _____	Firma: _____
Firma: _____	Apellidos y Nombres: _____	Apellidos y Nombres: _____
Apellidos y Nombres: _____	DNI N° _____	C.M.P N° _____
DNI N° _____		R.N.E _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima _____ de _____ de 20 _____.

Paciente:	Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):	Medico Radiólogo:
H.C.: _____	Firma: _____	Firma: _____
Firma: _____	Apellidos y Nombres: _____	Apellidos y Nombres: _____
Apellidos y Nombres: _____	DNI N° _____	C.M.P N° _____
DNI N° _____		R.N.E _____



Guía de Procedimiento Asistencial de Histerosalpingografía	Departamento de Diagnóstico por Imágenes Servicio de Radiología y Procedimientos Especiales		
	Versión 1.0	05/11/2015	1 páginas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE HISTEROSALPINGOGRAFÍA

Para satisfacción de los derechos de las pacientes, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Usted va a someterse a una exploración radiológica solicitada por su médico; esta prueba utiliza radiación ionizante, en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica que nos ayudara a identificar y tratar mejor su enfermedad.

Ventajas: Procedimiento radiológico que permite una mejor información sobre las cavidades tubáricas y uterina; la cual ayuda a caracterizar las lesiones del organismo.

Complicaciones: infección del endometrio (endometritis), infección de las trompas de Falopio (Salpingitis), perforación del útero, dolor tipo cólico menstrual.

Contraindicaciones:

Relativas: Reacción alérgica al medio de contraste, menstruación activa, cólicos, desmayo por aturdimiento.

Absolutas: Embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, metrorragia activa y antecedente reciente de cirugía ginecológica.

Además he recibido información completa y suficiente sobre la naturaleza y propósito del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, riesgos, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado _____.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima ____ de ____ de 20 ____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima ____ de ____ de 20 ____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____

