



RESOLUCIÓN DIRECTORAL



Lima, 23 de Abril de 2018

VISTO el Expediente N° 3498-2018 con el Informe N° 20-DODONT-HCH-2018, remitido por el Jefe del Departamento de Odontoestomatología, respecto a la Aprobación de "Consentimiento Informado de Odontología General", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley 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, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de los 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: "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 N° 26842 modificada por la Ley N° 29414; ha establecido en el artículo 15° numeral 4 inciso a.1) que 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 la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública;

Que, el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud, tiene como objeto reglamentar la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, conforme el artículo 23° de la normativa citada en el párrafo precedente, "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. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado;





Que, asimismo, el artículo indicado en el párrafo precedente, dispone: El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones: a) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona; b) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; c) Cuando la persona reciba la aplicación de medicamentos o tratamientos de carácter experimental; d) Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir tratamientos. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho, se realizará conforme a lo señalado en el artículo 4° del presente Reglamento. No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública;



Que, resulta necesario aprobar el Consentimiento Informado de Odontología General, para realizar el procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento y entregar a los pacientes una información suficiente y entendible;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;



Estando a lo solicitado, por el Jefe del Departamento de Odontoestomatología, lo recomendado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 142-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Departamento de Odontoestomatología, Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 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 "Consentimiento Informado de Odontología General" del Departamento de Odontoestomatología, el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Jefe del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el uso del Consentimiento Informado, aprobado en el artículo primero de 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.

() ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() DODONT
() OGC
() OAJ
() OCOM

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

**DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
AREA DE ODONTOLOGIA GENERAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....

DNI Nro.....

Historia Clínica Nro.....

DECLARO; que he sido debidamente INFORMADO/A de los procedimiento a realizar por el **Cirujano Dentista** abajo firmante, que mi **Diagnóstico** esy que es conveniente en mi situación proceder a realizarme, el **procedimiento de:**.....

Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Asimismo, me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Todos estos procedimientos tienen el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico, o medicaciones utilizados antes, durante o después del procedimiento.
- Hematoma, hemorragia e inflamación postoperatoria de la zona intervenida
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior), del nervio lingual (de la lengua y del gusto) o del nervio infraorbitario (de la mejilla).
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Rotura de instrumental
- Los posibles peligros atribuibles a mi estado de salud previo, mi edad mis problemas alérgicos o otros factores agregados, pueden aumentar los riesgos del procedimiento.

He comprendido lo que se me ha explicado 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.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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

USO DE MIS FACULTADES AUTORIZO () a que se me realice la intervención por el equipo profesional Cirujano Dentista del Hospital Cayetano Heredia.

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

San Martin de Porres,..... de.....del.....

Huella Digital

Huella Digital

Firma del paciente o representante legal
Nombre: _____
DNI/Pasaporte/CE: _____
Relación o parentesco: _____

Firma del testigo
Nombre: _____
DNI/Pasaporte / CE: _____
Relación o parentesco: _____

Firma y sello del cirujano dentista
Nombre y apellidos: _____
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 Martin de Porres,..... de.....del.....

Huella Digital

Huella Digital

Firma del paciente o representante legal
Nombre _____
DNI/Pasaporte/CE: _____
Relación o parentesco: _____

Firma del testigo
Nombre _____
DNI/Pasaporte / CE _____
Relación o parentesco _____

