



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Mayo de 2018

VISTO el Expediente Nº 13254-2018 con el Informe Nº 131-OEGRHH- Nº095-OADI/HCH, remitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, respecto a la Aprobación del "Consentimiento Informado para Actividades Docentes durante la Atención de Salud en Pediatría", y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4º 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 Nº 26842 modificada por la Ley Nº 29414; ha establecido en el artículo 15º numeral 4 inciso a.1) que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicié 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 Nº 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 23º de la normativa citada en el párrafo precedente, dispone 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 vicié 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 4º 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, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", disponiendo que: "El Consentimiento Informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconsciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento 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 de la atención";

Que, mediante Resolución Directoral N° 226-2015-HCH/DG, se aprobó el "Formato de Consentimiento Informado para Actividades Docentes en el Hospital Cayetano Heredia" y el "Formato de Revocatoria de Consentimiento Informado para Actividades Docentes en el Hospital Cayetano Heredia";

Que, mediante el literal e) del artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación es la unidad orgánica encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación según los convenios con las universidades y/o instituciones educativas; depende de la Dirección Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos y tiene como una de sus funciones Orientar, fomentar y estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica;

Que, el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que es una de las funciones generales de este Nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

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 Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, lo recomendando por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 424-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos, y de las Jefaturas de la Oficina de Gestión de la Calidad y 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 para Actividades Docentes Durante la Atención de Salud en Pediatría; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución directoral.

Artículo 2°.- DEJAR sin efecto la Resolución Directoral N° 226-2015-HCH/DG, que aprobó el "Formato de Consentimiento Informado para Actividades Docentes en el Hospital Cayetano Heredia" y el "Formato de Revocatoria de Consentimiento Informado para Actividades Docentes en el Hospital Cayetano Heredia"

Artículo 3°.- ENCARGAR al Departamento de Pediatría como a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, respecto al uso Consentimiento aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 4°.- 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
() OEGRRHH
() OADI
() OAJ
() OCOM

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

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

31 MAR 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SECRETARIO DE



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

Establecimiento de Salud: Hospital Cayetano Heredia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PEDIATRÍA

Fecha: _____ de _____ del 20 _____ Hora: _____
Yo, _____ identificado con DNI N° _____
(padre/madre/tutor) del paciente _____ con DNI N° _____ de
_____ de edad, declaro haber sido informado (a) con detalle sobre la condición de salud de mi
hijo (a) y sobre la necesidad e importancia de ser internado(a) en el Hospital Cayetano Heredia y que,

El Hospital Cayetano Heredia es un Hospital docente donde las atenciones sanitarias, serán brindadas por profesionales médicos y/o de las ciencias de la salud con pleno respeto a la dignidad e intimidad de mi hijo, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo respetando los derechos establecidos del paciente en la Ley N° 29414, derecho a :

- Ser informado (a) adecuada y oportunamente sobre mis derechos.
- Conocer el nombre del responsable de la atención y de los procedimientos a realizar.
- Pedir opinión de otro médico.
- Recibir medicamentos y productos sanitarios de acuerdo a las condiciones de cobertura según mi filiación y disponibilidad presupuestal del establecimiento.
- Ser informado sobre los motivos y condiciones que requiera de traslados.
- Recibir información sobre la enfermedad, problema de salud.
- Negarme a recibir tratamiento y decidir mi retiro voluntario.
- Autorizar la presencia de terceros en el examen médico.
- Solicitar información sobre la historia clínica.
- Negarme o rechazar el acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.

Entiendo que el profesional médico que brinda la atención se encontrará acompañado de sus alumnos, quienes observaran, tal vez me podrán entrevistar o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, para aprender sobre el problema de salud que tengo.

Tengo la plena seguridad que al amparo de Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2013-JUS; resguardarán en todo momento la intimidad de mi hijo, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales.

EXPRESION DE CONSENTIMIENTO

Tengo derecho a otorgar o negar mi consentimiento de forma libre y voluntaria, para la participación de estudiantes en la exploración, tratamiento, que realicen procedimientos o exhiban imágenes con fines docentes.

Luego de la información brindada, **le solicitamos su CONSENTIMIENTO**, firmando su autorización para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas. Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, **hable con su médico tratante para REVOCAR su CONSENTIMIENTO.**

Si usted decide **No acceder AL CONSENTIMIENTO**, esto no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho en nuestro Hospital.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Fecha de del 201..... Hora:.....

Yo, con DNI N°

Historia clínica N°

- a. **SI CONSIENTO** que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante la atención de mi hijo/a.

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal

.....
Firma y huella digital del médico tratante

- b. **NO CONSIENTO** que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante la atención de mi hijo/a.

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal

.....
Firma y huella digital del médico tratante

Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

- a. **SI CONSIENTO** que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°

- b. **NO CONSIENTO** que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Fecha de del 20..... Hora:.....

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

Establecimiento de Salud: Hospital Cayetano Heredia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Fecha: _____ de _____ del 20____ Hora: _____
Yo, _____ con DNI
N° _____ declaro haber sido informado (a) con detalle sobre mi condición de salud y sobre la
necesidad e importancia de ser internado(a) en el Hospital Cayetano Heredia y que,

El Hospital Cayetano Heredia es un Hospital docente donde las atenciones sanitarias, serán
brindadas por profesionales médicos y/o de las ciencias de la salud con pleno respeto a mi dignidad
e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo respetando los derechos
establecidos del paciente en la Ley N° 29414, derecho a :

- Ser informado adecuada y oportunamente sobre mis derechos,
- Conocer el nombre del responsable de mi atención y de los procedimientos a realizar,
- Pedir opinión de otro médico,
- Recibir medicamentos y productos sanitarios de acuerdo a las condiciones de cobertura según mi filiación y disponibilidad presupuestal del establecimiento,
- Ser informado sobre los motivos y condiciones que requiera de traslados,
- Recibir información sobre mi enfermedad, problema de salud,
- Negarme a recibir tratamiento y decidir mi retiro voluntario,
- Autorizar la presencia de terceros en el examen médico,
- Solicitar información sobre mi historia clínica
- Negarme o rechazar el acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.

Entiendo que el profesional médico que brinda la atención se encontrará acompañado de sus
alumnos, quienes observaran, tal vez me podrán entrevistar o participar en algún procedimiento
médico que realice el profesional docente, para aprender sobre el problema de salud que tengo

Tengo la plena seguridad que al amparo de Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y
su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardarán en todo
momento mi intimidad, confidencialidad de mis datos personales, información sobre mi enfermedad,
creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales.

EXPRESION DE CONSENTIMIENTO

Tengo derecho a otorgar o negar mi consentimiento de forma libre y voluntaria, para la participación
de estudiantes en la exploración, tratamiento, que realicen procedimientos o exhiban imágenes con
fines docentes.

Luego de la información brindada, **le solicitamos su CONSENTIMIENTO**, firmando su
autorización para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su
autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender
adecuadamente a otras personas. Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de
alumnos, **hable con su médico tratante para REVOCAR su CONSENTIMIENTO**.

Si usted decide **No acceder AL CONSENTIMIENTO**, esto no afectará la calidad de atención a la
que usted tiene derecho en nuestro Hospital.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Fecha de.....del 201..... Hora :.....
Yo,con DNI N°
Historia clínica N°

- a. **SI CONSIENTO** que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante mi atención.

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal

.....
Firma y huella digital del médico tratante

- b. **NO CONSIENTO** que los estudiantes de las ciencias de la salud (02-05) bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, participen durante mi atención.

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal

.....
Firma y huella digital del médico tratante

Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no seré identificado (a);

- a. **SI CONSIENTO** que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°

- b. **NO CONSIENTO** que sea grabado: Video () Audio () Toma de fotografía ()

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Fecha de.....del 201..... Hora :.....

.....
Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N°

.....
Firma y sello del médico tratante
DNI N°

