



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"

Nº 140 -2012-SA-DG-INR



Dra. Carmen Cifuentes G.

Resolución Directoral

Bellavista, 20 de Julio del 2012.

Visto el expediente N°002244-2012 e Informes N°232-OGC-INR-2011, N°002-2012-CHC/INR y N°006-COMISION DE FORMATOS/INR-2012, del presidente de la Comisión de Historias Clínicas y del Presidente de la Comisión de Formatos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución Directoral N°101-2010-SA-DG-INR, de fecha 17 de Mayo del 2010, se conforma la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales CRAFI; para realizar la labor de revisión de los formatos que se utilizan en las diferentes unidades orgánicas, la adecuación a los formatos establecidos por norma; así mismo establecer los Formatos, debidamente codificados para oficializar su uso en la entidad, a través de Resolución Directoral;

Que, la NT N°079-MINSA/DGSP-INR.V01, Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación, aprobada con la Resolución Ministerial N°308-2009/MINSA, establece que las personas que se atienden en las UPS de Medicina de Rehabilitación tienen el derecho de recibir información clara y oportuna, previo a todo acto o procedimiento diagnóstico o ciclo terapéutico a realizarse; para lo cual es de uso obligatorio el formato de Consentimiento informado,

Que, así mismo la Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, consigna su realización cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que lo visualice;

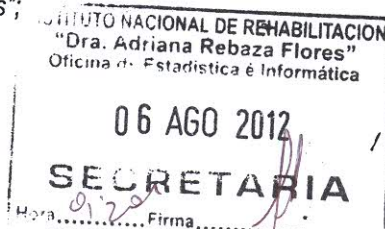
Que, con documento del Visto, el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, propone la oficialización del formato "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS", para su uso a nivel institucional,

Que, el citado formato, ha sido revisado por la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales - CRAFI, ente que emite conformidad y solicita la aprobación correspondiente con la respectiva resolución directoral; para lo cual le asigna el código:AS-007;

Que, en tal sentido, resulta pertinente aprobar y oficializar el uso del formato de Consentimiento Informado propuesto, con la correspondiente resolución;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°308-2009/MINSA, que aprueba la NT N°079-MINSA/DGSP-INR.V01, Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación, Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con la visación de la Sub-Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";





Dra. Carmen Cifuentes G.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el formato "**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS**", con el código: AS 007 y oficializar su uso en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"- AMISTAD-PERU-JAPÓN.

Artículo 2°.- Notificar la presente resolución a los responsables de las unidades orgánicas; para conocimiento, difusión y aplicación en el ámbito de su competencia.

Regístrese y comuníquese,



FAUF/eg

R.D. 006-2012

c.c. Unidades orgánicas
Responsable del Portal Web INR
Equipo de Apoyo - P. vital We

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
20 JUN 2012

Fecha:




Dr. FERNANDO URCLIA FERNANDEZ
Director General
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
CMP N° 16500 RNE N° 6819



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Vigil N° 535 Bellavista -Callao T (511) 429-9690 / 429-9699 / Fax 429-0611



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS¹

Departamento/Servicio².....

N° de cama³.....

Yo, Don/Doña⁴....., con grado de instrucción⁵....., identificado con⁶....., en mi calidad de⁷....., con Historia Clínica N°.....⁸, declaro bajo responsabilidad, en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud⁹, haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el profesional de salud¹⁰....., en condición de¹¹.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

He comprendido que el procedimiento especial propuesto por el médico tratante se denomina....., el cual consiste en¹².....

INCOMODIDADES, RIESGOS, VENTAJAS, BENEFICIOS, ALTERNATIVAS:

Se me han informado de las molestias o consecuencias previsibles de la realización de dicho procedimiento, como son..... y de los posibles riesgos y complicaciones asociados..... así como de las ventajas y beneficios esperados con la realización del mismo.....

También, de ser el caso, se me ha informado sobre la posibilidad de procedimientos alternativos como son..... y no han dejado de referirse e informarme acerca de las consecuencias o riesgos de no aceptar el procedimiento propuesto, las mismas que son.....

DERECHOS DEL PACIENTE:

Asimismo, doy fe de la disposición que ha mostrado el profesional de salud para responder a todas mis preguntas de manera clara y precisa, intentando absolver al íntegro todas las dudas que he planteado, para lo cual de ser necesario y por voluntad del mismo o a solicitud mía, he recibido información escrita (de haber sido necesario) al respecto.

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al profesional de salud, y que en cualquier momento antes de la realización del

¹ Comprende Terapia física, ocupacional y lenguaje especializada, terapia psicológica, terapia psicopedagógica, procedimientos audiológicos, electromiográficos, urológicos, médico-quirúrgicos y odontoestomatológicos (Catálogo de Servicios y Actividades Estandarizadas 2012)

² Consignar Departamento o servicio al que pertenece el profesional de salud responsable de realizar el procedimiento.

³ De corresponder, en caso de pacientes hospitalizados

⁴ Consignar los Nombres y apellidos que figuran en el documento de identidad, el cual se debe presentar en físico para su consignación.

⁵ Consignar grado de instrucción culminado (inicial, primaria, secundaria, superior), o sin nivel según corresponda.

⁶ Consignar documento de Identidad: DNI, Carné de Extranjería, Carné de Fuerzas armadas o policiales, N° Pasaporte, Partida de Nacimiento según corresponda.

⁷ Consignar: Paciente, en caso de menores de edad, en sujetos con alguna discapacidad y en situaciones de emergencia consignar Representante legal, seguido de Nombres y apellidos del paciente.

⁸ Consignar el Número de historia clínica del paciente correspondiente a la institución, previa verificación de su correspondencia.

⁹ en cumplimiento del artículo 15.4 de la Ley N° 29414 "Ley que establece los derechos de las personas usuarias en los Servicios de Salud"

¹⁰ Consignar Nombre y apellidos del médico tratante, que inicia el tratamiento o determina la realización del procedimiento, o lo modifica.

¹¹ Consignar Médico tratante, Médico o profesional de salud que realizará el procedimiento, según corresponda.

mismo y sin necesidad de dar alguna explicación, puedo comunicar mi necesidad de revocar el consentimiento que ahora puedo prestar, sin que esto implique alguna sanción o consecuencia negativa en mi atención.

Por lo tanto, en forma consciente, libre y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones del profesional de salud responsable de realizar el procedimiento, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él, ni por otro personal de salud, y luego de haber leído detenidamente la información escrita que se me ha proporcionado con tiempo (de haber sido necesario) así como el documento de autorización que se me ha alcanzado. Manifiesto que Si....., No..... **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento propuesto.....

De otro lado, Si....., No..... autorizo que durante la realización del procedimiento puedan participar alumnos de pre o post grado, en tanto que el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" es una institución docente. Además Si....., No..... autorizo que se fotografíe o filme la realización del procedimiento, para la utilización con fines médicos, de docencia e investigación, siempre que la confidencialidad de la misma sea respetada.

Cualquiera haya sido mi decisión, guardo en mi poder una copia idéntica de este documento, el mismo que debe incluirse en mi historia clínica.

Nombre y apellidos del paciente/representante legal^{1 2}
Nº DNI

Firma^{3 4}

Fecha y hora

Nombre y apellidos del profesional de salud
y hora

Firma⁵

Fecha y hora

Nombre y apellidos del testigo
Nº DNI

Firma

Fecha y hora

Todos los espacios en blanco de este documento se han llenado o se han tachado antes de firmarlo.

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Doña, como paciente, (y/o..... como su representante legal), revoco el consentimiento informado, prestado en fecha..... y declaro por lo tanto que, por motivos personales, no consiento en someterme(o que el paciente se someta) al procedimiento propuesto.

Nombre y apellidos del paciente/representante legal
Nº DNI

Firma y huella digital

Fecha y hora

¹ Cuando el paciente es un menor de edad, se requiere obtener el consentimiento informado de padre o representante legal. El consentimiento de los padres sólo podrá dispensarse en caso de fallecimiento, imposibilidad fehaciente, pérdida de los derechos conforme a la normatividad vigente, o bien cuando exista riesgo inminente para la salud o vida del menor de edad, según lo estipulado en el Código Civil.

² En caso de sujetos que tengan alguna discapacidad mental, se requiere obtener el consentimiento informado de su representante legal.

³ En caso de analfabetos (no saben leer y escribir), imprimirán su huella digital y firmará como testigo otra persona que él designe y que no pertenezca al equipo que realiza la atención.

⁴ En caso de sujetos con alguna discapacidad física que le impida firmar, pero con capacidad mental conservada para otorgar su consentimiento informado, se requiere obtener la firma del representante legal.

⁵ de la firma de la firma del profesional informante.