



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 22 de abril del 2021.

Visto el Expediente 20-INR-009701-001 que contiene la Nota Informativa N° 014-2020-UFDE-OEAIDE/INR y Nota Informativa N° 078-2020-OEAIDE/INR, de la Unidad Funcional de Docencia Especializada y la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y Nota Informativa N° 083-2021-OEAIDE/INR, Nota Informativa N° 026-2021-DA/INR de la Directora Adjunta, Informe N° 0022-2021-EO-OEPE-INR y Proveído N° 0031-2021-OEPE/INR del Equipo de Organización y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" señalan que, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que, la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 29° de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024 "Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas" establece que, el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece que, "Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda", asimismo, el artículo 96° del Decreto Supremo señalado, establece que: A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en su artículo 9°, los establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios.";

Que, la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA de fecha 13 de marzo de 2018, entre cuyos objetivos se encuentra:

- 1) Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.
- 2) Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud, en

correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud;

Que, mediante Nota Informativa N° 014-2020-UFDE-OEAIDE/INR de fecha 13 de febrero de 2020, la Unidad Funcional de Docencia Especializada y Nota Informativa N° 078-2020-OEAIDE/INR de fecha 17 de febrero de 2020, de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, solicitan la adecuación del Formato de Consentimiento Informado a las necesidades institucionales, asimismo la evaluación y aprobación del Comité de Historias Clínicas de la Institución;

Que, con Nota Informativa N° 026-2021-DA/INR de fecha 09 de marzo de 2021, la Dirección Adjunta de la Dirección General remite la propuesta de Directiva y Formato de Consentimiento Informado revisado por los Directores Ejecutivos y el Presidente del Comité de Historia Clínicas Institucional, el cual la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada mediante Nota Informativa N° 083-2021-OEAIDE/INR de fecha 11 de marzo de 2021, encuentra conforme al marco normativo y emite opinión favorable;

Que, mediante Informe N° 0022-2021-EO-OEPE-INR y Proveído N° 0031-2021-OEPE-INR de fecha 13 de abril de 2021, del Equipo de Organización y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, respectivamente, emiten opinión favorable para oficializar la Directiva Administrativa de Aplicación del Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, por lo que, resulta necesario aprobar el citado documento a través de la resolución correspondiente;

Con el visto bueno de la Directora Adjunta de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN;

De conformidad con la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", el Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Directiva Administrativa N° 005-INR-2021-DG "Directiva Administrativa de Aplicación del Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN", el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER a Direcciones Ejecutivas asistenciales la difusión, socialización y cumplimiento de la citada Directiva Administrativa, así como, a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada su monitoreo e implementación.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el Portal Web de la Institución.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MC. LILY PINGUZ VERGARA
(e) Directora General
CMP. N° 23770 RNE. N° 12918
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LPV/CARG/EJLV

Distribución

() Unidades Orgánicas del INR



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

ROL	ORGANO/UNIDAD ORGANICA O FUNCIONAL	FECHA	VºBº
ELABORADO POR	DIRECCIÓN ADJUNTA	ABRIL 2021	
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	ABRIL 2021	
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	ABRIL 2021	
APROBADO POR	DIRECCION GENERAL	ABRIL 2021	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA.
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPÓN**



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021-DG.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE
DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN**

2021



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG: DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

INDICE

I. FINALIDAD 04
II. OBJETIVOS 04
III. BASE LEGAL 04
IV. AMBITO DE APLICACIÓN 04
V. DISPOSICIONES GENERALES 05
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 06
VII. DISPOCISICIONES FINALES 08
VIII. RESPONSABILIDADES 09
IX. ANEXOS 09





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA.
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

I. FINALIDAD

Implementar y facilitar el proceso del Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia, en la sede docente Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN (INR), brindando información oportuna y respetando los derechos de los pacientes durante el desarrollo de las actividades docentes que se realicen.

II. OBJETIVOS

1. Definir el procedimiento y criterios uniformes para llevar a cabo el proceso de Consentimiento Informado en el desarrollo de las actividades de docencia en el INR.
2. Lograr que el proceso de Consentimiento Informado para Docencia se aplique en el 100% de los pacientes atendidos.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N° 139/MINSA/2018/DGAIN.
- Acuerdo N° 065-CONAREME -2019-AG, Manual de acreditación de sede docente segundo y tercer nivel

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Administrativa es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas del INR donde se desarrollen actividades de docencia.





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021 - DG.
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
 LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA.
 ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Dignidad y derechos. EL INR es una institución docente donde las atenciones sanitarias son brindadas a personas con discapacidad por diversos profesionales de las ciencias de la salud, con respeto a la dignidad e intimidad de los usuarios, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo, y respetando los derechos, establecidos en la LEY 29414; en especial en lo que se refiere a:

- Ser informado adecuada y oportunamente sobre sus derechos.
- Conocer el nombre del responsable de la atención y los procedimientos a realizar.
- Autorizar la presencia de terceros en el examen médico.

5.2. Estructura del Proceso El Proceso de Consentimiento Informado para actividades de docencia comprende los siguientes momentos.

1. Provisión a las unidades orgánicas de los Formatos.
 2. Entrega del Formato al usuario.
 3. Toma del Consentimiento Informado.
 4. Firma del Consentimiento Informado.
 5. Recepción y Archivo.
- Eventual Revocación.

5.3. Definiciones operacionales

Consentimiento informado: Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia, ya sea en consulta externa, terapias, hospitalización, durante el desarrollo de procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención. (*)

Estudiantes: Son estudiantes universitarios de pregrado quienes, habiendo concluido los estudios de educación secundaria, han aprobado el proceso de admisión a la universidad, han alcanzado vacante y se encuentran matriculados en ella. (**)

Médico Residente: Es el médico cirujano que accede a su formación especializada, a través del concurso nacional de residentado médico, en el cual ha adjudicado una vacante para el desarrollo de un programa de especialización bajo la modalidad de residentado médico, en una sede docente, que lo conduce a la obtención del título de Segunda Especialidad profesional. (***)

Revocar: Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado. (*)





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Sede docente: Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses acreditada por el Consejo Nacional de Residencia Médica – CONAREME en las que se forman especialistas en medicina humana. (***)

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Derecho al Consentimiento Informado. El ejercicio del derecho al Consentimiento Informado para Actividades de Docencia corresponde a toda persona usuaria de los servicios de salud. Si el titular del derecho delega su representación, o no se encuentre en capacidad de manifestar su voluntad, este derecho podrá ser ejercido por su representante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los servicios de Salud, conforme a lo siguiente:

- a. Si la persona usuaria tiene capacidad de ejercicio del derecho, podrá delegar su representación a cualquier persona capaz, a través de una carta poder con firma certificada por fedatario institucional, o notario, o juez de paz, en forma anticipada a la situación que le impida manifestar su voluntad.
- b. Si la persona usuaria tiene capacidad de ejercicio del derecho y eventualmente no puede expresar su voluntad, su representación será ejercida, conforme a los lazos de consanguinidad o afinidad establecidos en la norma civil.
- c. Si la persona usuaria ha sido declarada por el juez como absoluta o relativamente incapaz para manifestar su voluntad, será representada por aquellos que ejerzan la curatela, conforme lo establece el Código Civil. Así también los menores de edad serán representados por quienes ejerzan la patria potestad y tutela.
- d. Si la persona usuaria es menor de edad de 16 años o más y su incapacidad relativa ha cesado por matrimonio o por la obtención de título oficial que le autorice a ejercer una profesión u oficio, conforme a lo establecido en el Código Civil, no requerirá representación.
- e. Adicionalmente, si la persona usuaria es capaz pero no sabe firmar, deberá imprimir su huella digital en señal de conformidad.

6.2 Obligatoriedad y oportunidad de aplicación. El Consentimiento Informado para Docencia es requisito indispensable para realizar actividades de docencia con participación de pacientes. El Proceso de Consentimiento Informado para Docencia se debe llevar a cabo antes de la consulta de atención en salud, y aplica a todo paciente nuevo o cuando se verifique su ausencia en la historia clínica. Será explicado al usuario

(*) Norma Técnica de salud para la Gestión de Historia Clínica. N° 139/MINSA/2018/DGAIN.

(**) Ley Universitaria N° 30220, artículo 97

(***) Manual de Acreditación de Sede Docente Segundo y Tercer nivel-CONAREME-2019-pag. 39



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA,
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

o representante legal en forma sencilla por el médico especialista, de manera que le permita participar en la toma de una decisión informada acerca de su atención de salud.

6.3 Provisión del Formato. El formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia estará disponible en todas las unidades orgánicas asistenciales del INR y forma parte de la historia clínica. La Oficina de Estadística e Informática gestiona la provisión de los formatos de Consentimiento Informado, con la finalidad de mantener su abastecimiento suficiente en las unidades orgánicas.

6.4 Facilitación del proceso. Se facilita el proceso mediante la entrega del formato de Consentimiento Informado al usuario antes de la consulta por la técnica de enfermería.

6.5 Toma del Consentimiento Informado. Antes de la consulta, el médico que realiza la actividad de docencia brinda la información al usuario o a su representante legal sobre el proceso de Consentimiento Informado para Docencia, en forma sencilla y en el tiempo suficiente y prudencial para ello, debiendo garantizar el derecho a la información y a la libertad de decisión del usuario. Así también, informará al usuario que aun cuando haya firmado afirmativamente el Consentimiento Informado, puede cambiar de opinión y revocarlo cuando lo desee y por su propia decisión. Deben resolverse las preguntas del usuario, a fin de que no queden dudas.



6.6 Firma y validez del Consentimiento Informado. El Consentimiento Informado para Docencia se firma por única vez al ingreso del paciente a consulta médica, y es válido para todas las veces que se realice alguna actividad de docencia, sea por el mismo o diferente profesional de la salud. El paciente o representante legal brinda el consentimiento a través de su firma o huella digital además de colocar el número de su DNI. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho por sí mismos, se realiza según lo señalado en el artículo 5 de la ley 29414.

Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital. El médico especialista firma y coloca su sello, dejando constancia del acto.

6.7 Recepción y archivo. El médico que realizó el proceso para el Consentimiento Informado de Docencia, recibe el formato firmado por el usuario, a su vez lo firma, coloca el número de su Documento Nacional de Identidad y lo incluye en la historia clínica para que la técnica de enfermería lo coloque en el orden correspondiente.

El formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia durante la atención de salud es anexado a la historia clínica después de la hoja de identidad.

6.8 Revocatoria. El Consentimiento Informado para Docencia puede ser revocado en cualquier momento, cuando el usuario o su representante legal así lo solicite y la revocatoria será expresada en la misma forma en que fue otorgado.



Perú

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

ADRIANA REBAZA FLORES

DÉCENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES

* Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA.
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

VII. DISPOSICIONES FINALES

7.1 DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA. El Documento o Formato de Consentimiento Informado para Docencia que será aplicado en el INR, se basa en la NTS 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica en Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada con RM N° 214-2018/MINSA.

7.2 DE LA REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCENCIA

1. Consignar la fecha y hora en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria del consentimiento informado brindado anteriormente, sin estar condicionada a justificarlo.
2. La persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad, firma la revocatoria y coloca su número de Documento Nacional de Identidad.
3. Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
4. El profesional de la salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación.
5. Es importante señalar que en aplicación de las normas legales vigentes, cualquier profesional del establecimiento de salud, podrá a solicitud expresa del usuario y/o de sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar su revocatoria. El documento original debe conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.

7.3 DE LA ACTITUD DEL DOCENTE. La firma del consentimiento informado no exime de la correcta actitud que el profesional docente debe mantener con la persona usuaria de los servicios de salud. Ante cada oportunidad de atención con presencia de médicos residentes o estudiantes, el profesional que realiza actividades de docencia debe presentarse como tal y hacer de conocimiento sobre la presencia de residentes o alumnos.

7.4 INTERVENCIÓN DE OTROS PROFESIONALES DE SALUD. Ante cualquier expresión de duda por parte del usuario, cualquier profesional de las ciencias de la salud que desarrolle actividades de docencia debe cautelar que el paciente conoce, entiende y acepta el alcance del consentimiento informado.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA.
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

VIII. RESPONSABILIDADES

8.1 Las Direcciones Ejecutivas de atención a pacientes, son responsables de la difusión y socialización de la presente directiva, así como de velar por su cumplimiento.

8.2 Las jefaturas de departamentos son responsables de hacer cumplir con la incorporación en la Historia Clínica del formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia, así como de la supervisión del cumplimiento de la presente directiva.

8.3 El profesional médico que realiza actividades de docencia es responsable de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado debiendo garantizar el derecho a la información y a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.

8.4 La OEAIDE es responsable del monitoreo de su implementación.

8.5 La OEI es responsable de las acciones pertinentes para garantizar la conservación del Formato de Consentimiento Informado para Docencia en la Historia Clínica.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1 Consentimiento informado para docencia durante la atención de salud.





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD

Señor(a) _____ Le saludamos cordialmente.

Ud. viene al Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. "Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON, del Ministerio de Salud, que brinda atención en Rehabilitación y también es sede docente. Por ello, Usted será atendido(a) por un médico u otro profesional de salud que también es docente; acompañado de médicos residentes o de alumnos de ciencias de la salud, quienes como parte de su formación académica sólo observarán, podrán entrevistar(a) o participar en un procedimiento que realice el docente, siempre que Ud. lo autorice.

Las actividades docentes se realizarán respetando sus derechos, establecidos en la Ley N°29414, de los derechos de los usuarios de servicios de salud y su reglamento; sobre las que aclararemos cualquier duda que usted pueda tener.

Esté seguro(a) que al amparo de la Ley N°29733, de Protección de Datos Personales, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de datos personales; información de su enfermedad; creencias, orientación sexual, religión, hábitos y costumbres culturales.

Considerando que el Reglamento de la Ley N°29414 establece que todos tenemos derecho a otorgar o negar consentimiento de forma libre y voluntaria; después de la información que le hemos brindado le solicitamos su CONSENTIMIENTO, si así lo considera, para que médicos residentes o estudiantes de ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ellos puedan atender a otras personas como a usted.

Si después y en cualquier momento Ud. decidiera no continuar con la participación de médicos residentes o de alumnos, hable con el médico o con el profesional de salud que lo está atendiendo para REVOCAR o DESAUTORIZAR el consentimiento que brindó. Esto no afectará la calidad de atención a la que tiene derecho.

EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



Chorrillos, _____ de _____ del 202 _____ Hora: _____

Yo, _____ con DNI N° _____ e Historia Clínica N° _____

Declaro haber sido informado(a) de las actividades de Docencia que se realizarán durante mi atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. "Adriana rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos, voluntariamente y en cumplimiento del artículo N°119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI (), NO (), doy mi consentimiento para que 02 médicos residentes o 02 estudiantes de ciencias de la salud, participen durante mi atención, o la de mi hijo(a) bajo supervisión y observación del profesional de salud docente.

De requerirse la grabación de un video, audio o toma fotográfica con fines de docencia:

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Foto (); NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Foto ()

Firma o huella digital del Paciente o representante legal. N° DNI: _____

Firma y sello del profesional de Salud, que informa y toma el consentimiento. N° DNI: _____

REVOCATORIA / DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Siendo las _____ Horas del _____ de _____ del 202 _____

Firma o huella digital del Paciente o representante legal. N° DNI: _____

Firma y sello del profesional de Salud que recibe la revocatoria. N° DNI: _____



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 005-INR-2021- DG.
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA.
ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE
DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD**

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Fecha y hora en que se informa al paciente o representante legal y éste firma y otorga su consentimiento.
- Nombres y apellidos del usuario; N° de Documento Nacional de Identidad (DNI) y N° de su Historia Clínica (HCI).
- Colocar "X" entre los paréntesis según el usuario, de o no su consentimiento.
- Si se requiere la grabación de un video, audio o toma fotográfica u otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalar al usuario que no será identificado (a); colocará "X" entre los paréntesis, si el usuario da o no su consentimiento, según sea para video, audio o foto.
- El usuario, o su representante legal en caso de ser menor de edad o no se encuentre en la capacidad de manifestar su voluntad, firma en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria o representante legal que otorga el consentimiento.
- Si el usuario o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro.
- El profesional de salud docente que informa y toma el consentimiento, firma y coloca su sello y el N° de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.
- El formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia durante la atención de salud es anexo a la historia clínica después de la hoja de identidad.
- Informar al usuario o representante, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.

REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- Colocar Fecha y hora en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del Consentimiento Informado brindado anteriormente; no está condicionado a justificarlo.
- Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal si es menor de edad o no se encuentre en la capacidad de manifestar su voluntad.
- Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria o representante legal.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- El profesional de salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, y el N° de DNI, dejando constancia del acto de revocación.

