Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Nº 088 -2017-HNHU-DG

Lic. Adm. ROSENDA E. ROMAN AGUIRRE
ASESORADO
Hospital Nacional Hipolito Unánue
Válido para uso institucional

17 MAY 2017

Resolución Directoral

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

Lima, 16 de Mayo de 2017

Visto, el Expediente Nº 16-035928-001 conteniendo el Memorando N° 163-2017-DA/HNHU, solicita la aprobación del Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue;

CONSIDERANDO:

Que, el Titulo Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece en sus artículos: I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud, establece respecto al consentimiento informado, que el mismo se otorga de manera libre, voluntaria y sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad y 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. Si al persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el artículo 16° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, establece que dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se podrá desarrollar actividades de docencia e investigación. La participación de pacientes en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósito de investigación, debe ser voluntaria;

Que, los artículos 114° y 116° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, disponen la participación del paciente en actividades de docencia y la confidencialidad de la información de los pacientes que participarán en las actividades de docencia;

Que, con Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA de fecha 9 de febrero de 2016, se aprueba incorporar en la NT N°022-MINSA/DGSP-V.02: " Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, el Anexo 06: "Instructivo para el llenado del formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud", que incluye el Formato: "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud";

Que, en el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA de fecha 3 de febrero del 2012, determina las funciones generales asignadas al Hospital, siendo entre ellos: d) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las universidades e instituciones educativas, según los convenios respectivos;

Que mediante Resolución Directoral N° 1183-2013-HNHU-DG de fecha 4 de diciembre de 2013, se aprobó el Formato de Consentimiento Informado para participar en Actividad Docente (adultos) y el Formato de Asentimiento y el Consentimiento Informado para participar en Actividad Docente (menor de edad);

Que, mediante Memorando N°140-2016-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad propone el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud, por lo que a través del Acta de Reunión de fecha 10 de febrero de 2017, el Comité de Historia Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, acuerdan por unanimidad aprobar el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia propuesto y su respectivo instructivo;

Que, a través del Memorando N°0162-2017-OADI/HNHU, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación opina favorablemente ante propuesta del Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 131-2017-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y su instructivo, el mismo que forma parte de la presente Resolución Directoral, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2°.- Dar término a la Resolución Directoral N° 1183-2013-HNHU-DG de fecha 4 de diciembre de 2013.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"
DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. N° 27423

LWMM/OHACh/mgd
DISTRIBUCIÓN.
( ) Dirección Adjunta
( ) Ofic. Asesoría Jurídica
( ) OGC y OADI
( ) Dptos Asistenciales
( ) OCI
( ) Archivo.

MINISTERIO DE SALUD   HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Señor (a) ______________________________ Buenos días (tardes o noches); usted viene al Hospital Nacional Hipólito Unanue para recibir atención médica, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, **siempre y cuando usted autorice** que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS,resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes y reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, 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** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ...... de .... de 201.....   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 Hospital Nacional Hipólito Unanue y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo 119° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. 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).

SI consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

NO consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

Lic. Adm. ROBERTO GUZMAN AGUIRRE
Hospital Nacional Hipólito Unánue
Válido para uso institucional
17 MAY 2017

.... Firma o huella digital del paciente o representante legal DNI:	El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que fue tenido a la vista .... Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento DNI: ....

Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación V° B°
Hospital Nacional Hipólito Unanue

REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: .... de .... de 201 .....

.... Firma o huella digital del paciente o representante legal DNI:..	.... Firma y sello del profesional de la salud docente que recibe la revocatoria DNI: ....