

  
TAP. HAYDÉE HILDA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDEATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud



# Resolución Directoral

21 AGO 2018

Lima, 21 de Agosto de 2018

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

Visto, el Expediente Nº 17-027583-004 que contiene el Informe Nº 188-2017-DPTO-DGTO-HNHU, solicitando la aprobación del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas y del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

## CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley Nº 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, asimismo en el primer párrafo del artículo 29º de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, 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;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición de Consentimiento Informado, que es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo, 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 Ministerial Nº 652-2016/MINSA de fecha 31 de agosto de 2016, se aprobó la NTS Nº 124-2016-MINSA-V.01 "Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar" el cual tiene como finalidad contribuir a que las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que desean procrear, brindando servicios de planificación familiar de calidad;

Que, en el artículo 3º 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: c) Asegurar la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo;



Que, con Memorando N°419-2018-DPTO-GYO-HNHU, el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia solicita la aprobación del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas y del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía;

Que, mediante Nota Informativa N° 238-2017-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad informa que de la revisión del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas y del Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía, en base a lo establecido en la NTS N° 124-2016-MINSA-V.01 "Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar" da su opinión favorable para incluirlo en la Historia Clínica, asimismo el Comité de Historia Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue a través del Acta de Reunión de fecha 19 de diciembre de 2017, acordó por unanimidad aprobar el Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas y del Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 371-2018-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia, 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 y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas y el Formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía, el mismo que como Anexo forma parte de la presente Resolución, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

**Artículo 2°.-** 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)  
CMP N°27423

LWMM/OHACH/mgd  
DISTRIBUCIÓN  
( ) Dirección Adjunta  
( ) Ofic. Asesoría Jurídica  
( ) OGC  
( ) Dpto de G-O  
( ) OCI  
( ) Of. Comunicaciones  
( ) Archivo.

DIRESA \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ N de Historia Clínica : \_\_\_\_\_

### Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía. La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes. Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas. Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme. Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud. Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía. Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Personal  
Que brinda la orientación y consejería

\_\_\_\_\_  
Firma de la Usuaria

Huella Digital



#### Si el usuario es analfabeto, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre de el/la Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de el/la Testigo  
D.N.I

Huella Digital de el/la  
Testigo



#### Autorización de Intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía

Yo, \_\_\_\_\_, con CMP \_\_\_\_\_, he verificado la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella Digital de la usuario

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a

TAR. HAYDÉE HILDA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud



21 AGO 2018

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