



TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Resolución Directoral

15 JUL 2019

Lima, 12 de Julio de 2019

El presente documento es una copia fiel del original expediente N° 19-010083-001 que contiene el Memorando N° 110-DMde R-HNHU-19, en el cual la Jefa del Departamento de Medicina de Rehabilitación solicita la aprobación de Formatos de Consentimiento Informado de diversos procedimientos médicos del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

CONSIDERANDO:

Que, el Título 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, asimismo en el primer párrafo del artículo 29° de la Ley N° 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 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 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 N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 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, en el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 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, el artículo 84° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue señala que el Departamento de Medicina de Rehabilitación, es la unidad orgánica encargada de realizar las atenciones médicas especializadas, así como ejecución de procedimientos y acciones destinadas a tratar y recuperar las funciones de los órganos y sistema con secuelas de daños de los pacientes; depende de la Dirección General y tiene asignado, entre otras, las siguientes funciones generales: a) Brindar atención médica especializada de rehabilitación y tratamiento a secuelas de daños que afectan al aparato locomotor, lenguaje, ocupacional, biomecánica, social, incluye a pacientes con patología neuromotora, sensorial, de funciones mentales superiores y del desarrollo de la niñez y d) Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar las capacidades de los pacientes, en la atención médica especializada, según las normas y guías de práctica clínica vigentes;



Que, con Memorando N° 110-DM de R-HNHU-19, la Jefa del Departamento de Medicina de Rehabilitación solicita la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado para la aplicación de Terapia Laser en Rehabilitación, para Desgatillamiento Muscular, para la aplicación de Proloterapia, aplicación de Neuroproloterapia, para el Bloqueo Paraespinal y para Acupuntura;

Que, mediante Memorando N° 086-2019-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad informa que de la revisión de los Formatos de Consentimiento Informado da su opinión favorable para incluirlo en la Historia Clínica;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 576-2019-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Medicina de Rehabilitación, de la Jefa 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 los Formatos de Consentimiento Informado del Departamento de Medicina de Rehabilitación que forman parte de la presente Resolución y se detallan a continuación:

Formato de Consentimiento Informado para la aplicación de Terapia Laser en Rehabilitación.

Formato de Consentimiento Informado para Desgatillamiento Muscular.

Formato de Consentimiento Informado para aplicación de Proloterapia

Formato de Consentimiento Informado para aplicación de Neuroproloterapia

Formato de Consentimiento Informado para el Bloqueo Paraespinal.

Formato de Consentimiento Informado para Acupuntura

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 MFYR
- () OCI
- () Of. Comunicaciones
- () Archivo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA LÁSER EN REHABILITACIÓN

LA APLICACIÓN DE LÁSER: Es la aplicación indolora de un rayo láser (de baja potencia) sobre una zona afectada para acelerar la recuperación. Tras la emisión de fotones y su absorción por la piel, el láser aumenta la circulación sanguínea. Así, alcanza una alta concentración de oxígeno y de nutrientes que crea un entorno óptimo para la curación.

Beneficios: Disminución del dolor, aumento de la circulación, reducción de la inflamación y reparación de tejidos

Riesgos:

- La irradiación a los ojos puede causar daño a la retina, mácula cristalino y córnea
Con láser de potencia (400- 700nm) puede ocasionar : Eritema y ampolla en piel

Efectos colaterales: No Reportado

Efectos secundarios: No reportado

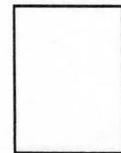
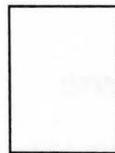
Efectos adversos: No reportado

Contraindicaciones: ABSOLUTAS: Procesos tumorales, procesos sépticos agudos y aplicación en ojo, glándula tiroides, cuello y región precordial, si el paciente presenta cardiopatías.

RELATIVAS: Embarazo, uso de esteroides, quinacrina y los antipalúdicos, arritmias y disfunciones cardíacas, incluyendo uso de marcapaso.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____, DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de Aplicación de Terapia Láser y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr (a) _____, del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria, por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones de procedimiento, conocedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima _____ de _____ 20_____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____



TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

15 JUL 2019

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN



DENEGACIÓN

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20__



Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESGATILLAMIENTO MUSCULAR

LA APLICACIÓN DE DESGATILLAMIENTO : Agujamiento con aguja de acupuntura de los puntos gatillo musculares.

Beneficios : Disminución del dolor

Riesgos: Se me ha informado que pueden presentarse complicaciones comunes a todo procedimiento:

- Infección de la zona tratada
- Hematoma o equimosis (acumulación de sangre extravasada en tejido celular subcutáneo)

Riesgos en función de la situación clínica del paciente _____

Efectos colaterales: Ninguno

Efectos secundarios: Ninguno

Efectos adversos: No reportado

Contraindicaciones: No está recomendado el desgatillamiento muscular en pacientes psiquiátricos, pacientes con infección o inflamación de la zona a tratar y pacientes con descompensación de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____, DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de **Desgatillamiento Muscular** y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr.(a) _____ del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones, conocedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____



Jesús

TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

15 JUL 2019

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN



DENEGACIÓN

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20___

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar mi consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20___

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE PROLOTERAPIA

LA APLICACIÓN DE PROLOTERAPIA: Es la inyección intra articular y/o extra articular, de mezcla de dextrosa, lidocaína y cloruro de sodio al 0.9% a diferentes concentraciones.

Beneficios: Disminución del dolor

Riesgos:

- Infeción de la articulación
Hemartrosis (acumulación de sangre extravasada en una articulación o en su cavidad sinovial)

Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Efectos colaterales: Parestesias

Efectos secundarios: No reportado

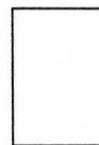
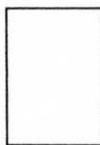
Efectos adversos: Hipotensión, bradicardia y posible paro cardíaco, espasmos generales, pérdida de conocimiento. En raquianestesia: Dolor de espalda, cefalea, incontinencia fecal y/o urinaria, parestesia, parálisis de las extremidades inferiores y problemas respiratorios.

Contraindicaciones: No está recomendado este procedimiento en pacientes que estén embarazadas, que presenten hipersensibilidad a anestésicos, pacientes con cáncer, pacientes con descompensación de diabetes e hipertensión, disfunción cardiovascular, sobretodo bloqueo cardíaco o shock; septicemia; antecedentes de hipertermia maligna; dolor de espalda crónico; enfermedad activa aguda del sistema nervioso central, como meningitis, tumor, poliomyelitis y hemorragia craneal; infección pirogénica de la piel en el lugar de la punción o en posición adyacente; defectos de la coagulación inducida por el tratamiento con anticoagulantes o alteraciones hematológicas; dolor de cabeza preexistente, sobre todo si existe historial de migraña; líquido cefalorraquídeo hemorrágico ya que existe riesgo de administración intravascular inadvertida; hipertensión o hipotensión; parestesias persistentes; estenosis espinal y enfermedades como por ejemplo espondilitis o tumores, o lesión reciente (ej. fractura) de la columna vertebral.

Hiperglucemia, diabetes mellitus no tratadas, intolerancia a los carbohidratos, deshidratación hipotónica, desequilibrio electrolítico en pacientes con hemorragia intracraneal o intraespinal, casos de delirium tremens con deshidratación. Soluciones hipertónicas: En anuria, coma diabético, accidentes cerebrovasculares isquémicos y coma addisoniano.

Yo, con Historia Clínica N°, identificado con DNI N°. DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de Proloterapia y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr. del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria, por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones de procedimiento, conecedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima de 20



Firma del paciente
DNI N°

Firma del familiar
DNI N°



Signature of doctor

TAP. YNES CECHA CASTILLO SALDIVIA, Fedataria, Hospital Nacional Hipolito Unanue, Ministerio de Salud

15 JUL 2019

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





DENEGACIÓN

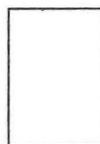
Yo, _____, con Historia Clínica N° _____
identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza
de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación
para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____



Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____
identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento
para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo
las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____



Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE NEUROPROLOTERAPIA

LA APLICACIÓN DE NEUROPROLOTERAPIA: Es la inyección subcutánea de dextrosa al 5%

Beneficios : Disminución del dolor

Riesgos:

- Infección de la zona tratada
- Hematoma o equimosis (acumulación de sangre extravasada en tejido celular subcutáneo)
- Riesgos en función de la situación clínica del paciente _____

Efectos colaterales: No reportado

Efectos secundarios: No reportado

Efectos adversos: No reportado

Contraindicaciones: Hiperglucemia, diabetes mellitus no tratadas, intolerancia a los carbohidratos, deshidratación hipotónica, desequilibrio electrolítico en pacientes con hemorragia intracraneal o intraespinal, casos de delirium tremens con deshidratación, en anuria, coma diabético, accidentes cerebrovasculares isquémicos, coma addisoniano. No está recomendada la infiltración de neuroproloterapia en pacientes que estén embarazadas, pacientes con cáncer, pacientes psiquiátricos, pacientes con infección o inflamación de la zona a tratar, pacientes con hipertensión y pacientes con trastornos de la coagulación.

Yo, _____, con

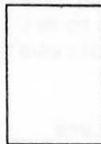
Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____

DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de Neuroproloterapia y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr.(a) _____, del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones, concedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima _____ de _____ 20____

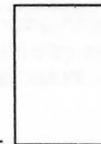
Firma del paciente

DNI N° _____



Firma del familiar

DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____



TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

15 JUL 2019

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



DENEGACIÓN

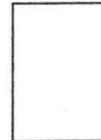
Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____



Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

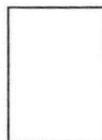
REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20__



Firma del paciente
DNI N° _____



Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL BLOQUEO PARAESPINAL

LA APLICACIÓN DEL BLOQUEO PARAESPINAL: Es la inyección a nivel para espinal (lámina vertebral) de lidocaína al 0.8 o 1%

Beneficios: Disminución del dolor

Riesgos:

- Infeción de la zona tratada y discitis
Hematoma o equimosis (acumulación de sangre extravasada en tejido celular subcutáneo)
Reacción anafiláctica a la lidocaína
Lidocaína en el espacio subdural con parestesias o déficit motor momentáneo en extremidades inferiores

Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Efectos colaterales: Parestesias

Efectos secundarios: No reportado

Efectos adversos: Hipotensión, bradicardia y posible paro cardíaco; espasmos generales, pérdida de conocimiento. En raquiánestesia: Dolor de espalda, cefalea, incontinencia fecal y/o urinaria, parestesia, parálisis de las extremidades inferiores y problemas respiratorios.

Contraindicaciones: No está recomendado este procedimiento en pacientes que estén embarazadas, hipersensibilidad a anestésicos, pacientes con cáncer, pacientes con descompensación de diabetes mellitus e hipertensión, disfunción cardiovascular, sobretodo bloqueo cardíaco o shock; septicemia; antecedentes de hipertermia maligna; dolor de espalda crónico; enfermedad activa aguda del sistema nervioso central, como meningitis, tumor, poliomyelitis y hemorragia craneal; infección pirogénica de la piel en el lugar de la punción o en posición adyacente; defectos de la coagulación inducida por el tratamiento con anticoagulantes o alteraciones hematológicas; dolor de cabeza preexistente, sobre todo si existe historial de migraña; líquido cefalorraquídeo hemorrágico ya que existe riesgo de administración intravascular inadvertida; hipertensión o hipotensión; parestesias persistentes; estenosis espinal y enfermedades como por ejemplo espondilitis, tumores o lesión reciente (ej. fractura) de la columna vertebral.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de Bloqueo Paraespinal y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr.(a) _____, del Departamento de Medicina De Rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones, conocedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima _____ de _____ 20 _____



Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____



15 JUL 2019

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



DENEGACIÓN

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____ identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar mi consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACUPUNTURA

LA APLICACIÓN DE ACUPUNTURA : Consiste en la introducción de agujas muy finas descartables (aguja de acupuntura) en determinados puntos específicos (sendas de energía, llamadas meridianos) del cuerpo humano, a fin de estimularlos

Beneficios : Disminución del dolor

Riesgos: Se me ha informado que pueden presentarse complicaciones comunes a todo procedimiento:

- Infección de la zona tratada
- Parestesias
- Si se realiza en región torácica posterior y se profundiza la punción existe riesgo de neumotórax
- Hematoma o equimosis (acumulación de sangre extravasada en tejido celular subcutáneo)

Riesgos en función de la situación clínica del paciente _____

Efectos colaterales: Ninguno

Efectos secundarios: Ninguno

Efectos adversos: No reportado

Contraindicaciones: No está recomendado en pacientes psiquiátricos, pacientes con infección o inflamación de la zona a tratar y pacientes con descompensación de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de Acupuntura y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr.(a) _____ del Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, para sesiones, conocedor (a) que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima _____ de _____ 20_____



Signature box for the patient

Firma del paciente
DNI N° _____

Signature box for the family member

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____



Signature of TAP. YNES CEGILIA CASTILLO SALVA
TAP. YNES CEGILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

15 JUL 2019

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

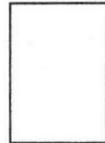
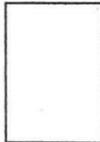
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN



DENEGACIÓN

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____
identificado con DNI N° _____ después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza
de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación
para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ___ de _____ 20__



Firma del paciente
DNI N° _____

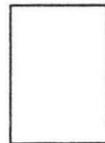
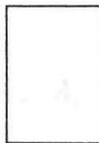
Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____
identificado con DNI N° _____ de forma libre y consciente he decidido retirar mi consentimiento
para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo
las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ___ de _____ 20__



Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____



Firma del Médico encargado del procedimiento
N° Colegio Médico _____

