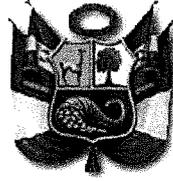


REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 08 de JUNIO de 2021

VISTOS:

El Informe N° 000214-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000260-2021-DEM-DIMED/INEN, del Departamento de Especialidades Médicas, el Memorando N° 000006-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas, el Informe N° 000215-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000261-2021-DEM-DIMED/INEN, del Departamento de Especialidades Médicas, el Memorando N° 000005-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas, el Informe N° 000216-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000259-2021-DEM-DIMED/INEN, del Departamento de Especialidades Médicas, el Memorando N° 000007-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000666-2021-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

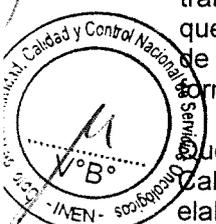
Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con el Informe N° 047-2021-SGC-DNCC-DICON/ INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos solicita a la Dirección de Medicina la elaboración de sus formatos de consentimientos informados según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;



Dr. RICHARDO MACALUPUYOVERA  
Médico Jefe del Servicio de Neoplasias  
CNP: 48191 RNE: 25914

Dr. FERNANDO BAREDEA BOLLANOS  
Médico Jefe del Servicio de Oncoterapéutica  
CNP: 8332 RNE: 7839



M.C. ORLANDO VALLEJOS MUNOZ  
Médico Jefe del Servicio de Fisiopatología y Rehabilitación  
CNP: 20279 RNE: 20182





Que, con el Memorando N° 000260-2021-DEM-DIMED/INEN, el Departamento de Especialidades Médicas remite tres formatos de consentimientos Informados del Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación Oncológica con los vistos buenos correspondientes para su aprobación:

- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Infiltración.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Desgatillamiento con Aguja Seca.
- Consentimiento Informado para la Aplicación e Electroterapia.



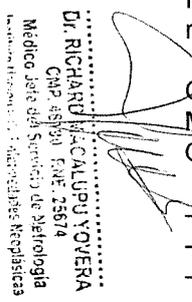
Que, mediante, el Memorando N° 000007-2021-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 27 de abril del presente año, acordó, aprobar los consentimientos informados antes mencionados;



Que, con el Informe N° 000214-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuados para su aprobación los tres Formatos de Consentimiento Informado del Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación Oncológica del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección Medicina, recomendando continuar con el proceso de validación y aprobación mediante acto resolutivo;

Que, el Memorando N° 000261-2021-DEM-DIMED/INEN del Departamento de Especialidades Médicas, remite los cinco (05) formatos de consentimientos Informados del Equipo Funcional de Gastroenterología con los vistos buenos correspondientes para su aprobación:

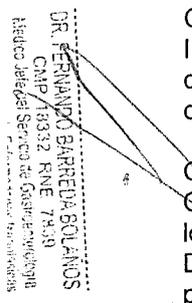
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Colonoscopia.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Ecoendoscopia.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Gastroscofia.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Polipectomía.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Proctoscopia.



Dr. RICARDO C. ALLPUY YOVERA  
C.M.P. 48349 R.N.E. 25674  
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Que, mediante el Memorando N° 000005-2021-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 27 de abril del presente año, acordó, aprobar los consentimientos informados antes citados;

Que, a través del Informe N° 000215-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuados para su aprobación de los cinco (05) Formatos de Consentimiento Informado del Equipo Funcional de Gastroenterología del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección Medicina recomendando continuar con el proceso de validación y aprobación mediante acto resolutivo;



Dr. FERNANDO BARREDA BOLANOS  
C.M.P. 48332 R.N.E. 7438  
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

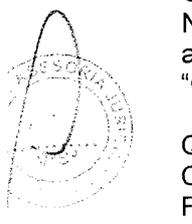
Que, con Memorando N° 000259-2021-DEM-DIMED/INEN, el Departamento de Especialidades Médicas remite un (01) formato de consentimiento Informado del Equipo Funcional de Nefrología con los vistos buenos correspondientes para su aprobación:

- Consentimiento Informado para el Procedimiento de Hemodiálisis.

Que, el Memorando N° 000006-2021-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 27 de abril del presente año, acordó, aprobar el "Consentimiento Informado para el procedimiento de hemodiálisis";

Que, mediante el Informe N° 000216-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuados para su aprobación el Formato de Consentimiento Informado para el procedimiento de Hemodiálisis del Equipo Funcional de Nefrología recomendando continuar con el proceso de validación y aprobación mediante acto resolutivo;

Que, de la revisión efectuada a los formatos de consentimientos Informados del Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación Oncológica, del Equipo Funcional de Gastroenterología y del Equipo Funcional de Nefrología del Departamento de Especialidades Médicas, mencionados precedentemente, se aprecia que cumple con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);



Dr. ORLANDO VALLEJOS  
C.M.P. 20279 R.N.E. 20  
Médico Jefe del Servicio de Epidemiología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Control del Cáncer, de la Dirección de Medicina, del Departamento de Especialidades Médicas, del Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación Oncológica, del Equipo Funcional de Gastroenterología, del Equipo Funcional de Nefrología, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Presidente del Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** los formatos de consentimientos Informados de los Equipos Funcionales del Departamento de Especialidades Médicas de la Dirección de Medicina, siguientes:

- **Del Equipo Funcional de Medicina Física y Rehabilitación Oncológica:**
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Infiltración.
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Desgatillamiento con Aguja Seca.
  - Consentimiento Informado para la Aplicación e Electroterapia.
- **Del Equipo Funcional de Gastroenterología:**
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Colonoscopia.
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Ecoendoscopia.
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Gastroscopia.
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Polipectomía.
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Proctoscopia.
- **Del Equipo Funcional de Nefrología:**
  - Consentimiento Informado para el Procedimiento de Hemodiálisis.

Los mismos en anexo forman parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General, la publicación de la presente resolución en la página web Institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

*Eduardo Payet Meza*  
 Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
 Jefe Institucional  
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



Dr. RICHARD MAGALUPU YONERA  
 CMP. 48180 / RNE. 25674  
 Médico Jefe del Servicio de Nefrología  
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

DR. FERNANDO BARRERA ECHEANOS  
 CMP. 18332 / RNE. 7839  
 Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



MC. ORLANDO VALLEJOS MUÑOZ  
 CMP. 20279 / RNE. 20182  
 Médico Jefe del Servicio de Especialidades Médicas y Rehabilitación  
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN;  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

La Hemodiálisis se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que impide el paso de células y de determinadas sustancias. Esta técnica precisa un acceso vascular para depurar la sangre, para lo cual es imprescindible la colocación de un catéter temporal en una vena central a través del cual sale la sangre; una vez depurada la sangre retorna por el mismo catéter al paciente. El procedimiento dura entre 1 y 4 horas en promedio, y se realiza al inicio 3 sesiones de hemodiálisis, y luego según lo precise, y mientras que no recupere la función de sus riñones.

### Objetivo:

El tratamiento de hemodiálisis tiene como objetivo reemplazar la función de los riñones que se encargan de: eliminar el exceso de líquidos, el control de sustancias fundamentales para la vida (potasio, sodio), produce hormonas necesarias para la sangre y elimina productos de desecho del metabolismo.

### Alternativas:

En este momento el tratamiento médico conservador no ha hecho efecto en su caso, por lo que la Hemodiálisis es la única alternativa.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

- Elimina de la sangre las sustancias tóxicas para el organismo.
- Mejora la sintomatología
- Disminuye el riesgo de muerte

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

- Empeoramiento de los síntomas de uremia (vómitos, letargia, convulsiones, encefalopatía)
- Arritmias cardíacas
- Muerte

### Riesgos reales y potenciales:

La Hemodiálisis suele ser bien tolerada, aunque ocasionalmente pueden aparecer algunos efectos secundarios como hipotensión, mareos, vómitos, calambres, hemólisis de la sangre, etc. y otros secundarios a la colocación del catéter para la hemodiálisis.

### Posibles riesgos:

- Dificultad respiratoria, embolia gaseosa
- Convulsiones
- Arritmias cardíacas
- Sangrado
- Coagulación del sistema extracorpóreo de diálisis.

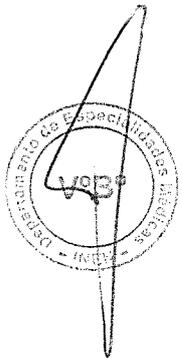
### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Heparina: posibilidad de sangrado.

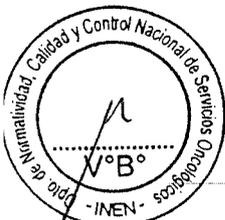
Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al tratamiento: Dolor de cabeza, sangrado, náuseas, vómitos, mareos o parálisis, **informar inmediatamente a su médico tratante.**



Dr. RICHARDE MARCALUPO YOVERA  
CNP: 46189 RNE: 23674  
Médico Jefe del Servicio de Nefrología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de HEMODIÁLISIS.

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

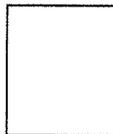
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

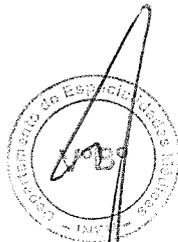


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de HEMODIÁLISIS y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

Dr. RICHARD MACALLI PU YOVERA
CMP: 48190 UANI: 25674
Médico Jefe del Servicio de Nefrología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE COLONOSCOPIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

El procedimiento consiste en introducir un instrumento flexible y delgado a través del ano. Este instrumento contiene una cámara de video en su extremo con la finalidad poder visualizar las paredes internas del intestino grueso y la parte final del intestino delgado; para poder diagnosticar enfermedades en estos órganos y también realizar tratamientos terapéuticos en el caso que sea necesario (control de hemorragias).

En algunos pacientes será necesaria la aplicación de un sedante, con el fin de disminuir la sensación de dolor y molestias abdominales que puede ocasionar el examen y así este sea más rápido y satisfactorio. Además, durante el procedimiento se pueden tomar biopsias (muestra de tejido) según criterio médico.

### Objetivo:

Visualización del colon para diagnosticar adecuadamente las lesiones que lo afectan.

### Alternativas:

Este procedimiento tiene como alternativa estudios radiológicos, sin embargo, éstos no permiten tomar biopsia ni tener la certeza del diagnóstico.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

### Consecuencias de no realizar el o procedimiento:

Desconocimiento de mi diagnóstico.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, la mayoría muy leves como dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y mareos, las cuales remiten espontáneamente. Pueden existir otras más graves como hemorragia, perforación, infección, aspiración, paro respiratorio e incluso muerte, las cuales son muy raras.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

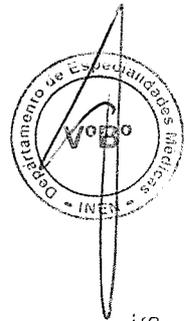
La aplicación del sedante (MIDAZOLAM Y/O PETIDINA), puede tener efectos adversos, los cuales son infrecuentes. Estos pueden ser amnesia anterógrada, disminución de la capacidad de respiración, reacción alérgica intensa, hipotensión, convulsiones y muy rara vez la muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

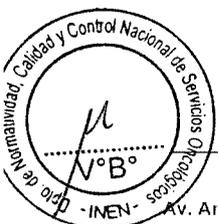
### Recomendaciones:

Avisar a su médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor fuerte o sangrado, acudir a su médico inmediatamente o al INEN.



DR. FERNANDO SARREDA BOLAÑOS  
C.M.P. 8332 R.N.E. 7829  
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de COLONOSCOPIA.

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de COLONOSCOPIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

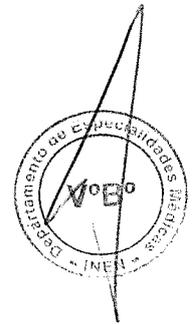
FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

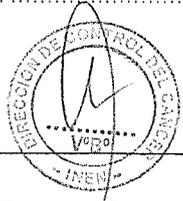
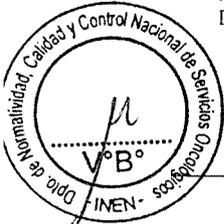


Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



DR. FERNANDO BARRERA BOLAÑOS
CMP: 18333 RNE: 7839
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE ECOENDOSCOPIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

El procedimiento consiste en introducir un instrumento flexible a través de la boca en el caso de la ecoendoscopia alta y a través del ano en la ecoendoscopia baja. La ecoendoscopia alta permite el estudio del tracto digestivo alto (esófago, estómago y duodeno) y de órganos cercanos (páncreas, vía biliar, glándulas suprarrenales); y la ecoendoscopia baja, permite el estudio del recto. Al ser una técnica mixta, endoscopia y ecográfica, este instrumento contiene un sistema ecográfico en su extremo. Además, puede realizarse alguna punción citológica, toma de biopsias o toma de muestras para cultivo.

Para realizar el procedimiento es necesario la aplicación de un sedante, con el fin de disminuir la sensación de dolor y molestias abdominales que puede ocasionar el examen y así este sea más rápido y satisfactorio.

### Objetivo:

El objetivo del examen es poder estudiar lesiones de la pared del tubo digestivo y zonas adyacentes.

### Alternativas:

Este procedimiento tiene como alternativa estudios radiológicos, sin embargo, éstos no permiten tomar biopsia ni tener la certeza del diagnóstico.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

### Consecuencias de no realizar el o procedimiento:

Desconocimiento de mi diagnóstico.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, la mayoría muy leves como dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y mareos, las cuales remiten espontáneamente. Pueden existir otras más graves como hemorragia, perforación, infección, aspiración, paro respiratorio e incluso muerte, las cuales son muy raras.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

La aplicación del sedante (MIDAZOLAM Y/O PETIDINA), puede tener efectos adversos, los cuales son infrecuentes. Estos pueden ser amnesia anterógrada, disminución de la capacidad de respiración, reacción alérgica intensa, hipotensión, convulsiones y muy rara vez la muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

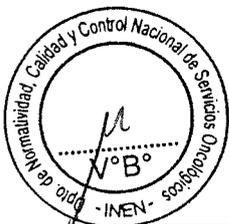
### Recomendaciones:

Avisar a su médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor fuerte o sangrado, acudir a su médico inmediatamente o al INEN.



DR. FERNANDO BARRERA BOLAÑOS  
C.M.P. 18382 R.N.C. 7839  
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

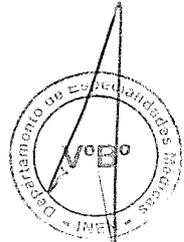
Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ECOENDOSCOPIA.

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ECOENDOSCOPIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

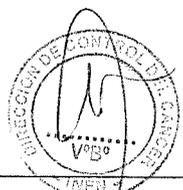
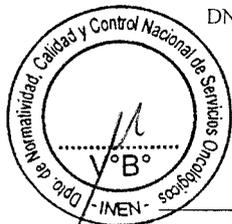
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

DR. FERNANDO SARRICA SOLANOS
CMP 10332 RNE 7839
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE GASTROSCOPIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

El procedimiento consiste en introducir un instrumento flexible y delgado a través de la boca. Este instrumento contiene una cámara de video en su extremo con la finalidad de poder visualizar las paredes internas del esófago, estómago y duodeno; para poder diagnosticar enfermedades en estos órganos. En algunos pacientes será necesaria la aplicación de un sedante, con el fin de disminuir la sensación de dolor y molestias abdominales que puede ocasionar el examen y así este sea más rápido y satisfactorio. Además, durante el procedimiento se pueden tomar biopsias (muestra de tejido) según criterio médico.

### Objetivo:

Visualización de la pared del esófago, estómago y duodeno para diagnosticar adecuadamente las lesiones que afectan en ese tramo del tubo digestivo.

### Alternativas:

Este procedimiento tiene como alternativa estudios radiológicos, sin embargo, éstos no permiten tomar biopsia ni tener la certeza del diagnóstico.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

### Consecuencias de no realizar el o procedimiento:

Desconocimiento de mi diagnóstico.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, la mayoría muy leves como dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y mareos, las cuales remiten espontáneamente. Pueden existir otras más graves como hemorragia, perforación, infección, aspiración, paro respiratorio e incluso muerte, las cuales son muy raras.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

La aplicación del sedante (MIDAZOLAM Y/O PETIDINA), puede tener efectos adversos, los cuales son infrecuentes. Estos pueden ser amnesia anterógrada, disminución de la capacidad de respiración, reacción alérgica intensa, hipotensión, convulsiones y muy rara vez la muerte.

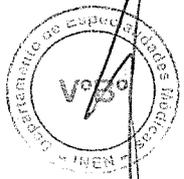
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

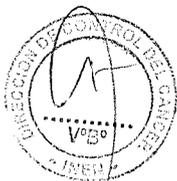
Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe comer ni beber nada en las 8 horas previas al procedimiento.

Avisar a su médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: fuerte dolor abdominal o sangrado, acudir a su médico inmediatamente o al INEN.



*[Handwritten signature]*  
DR. FERNANDA BARREDA BOLAÑOS  
C.M.P. 18132 R.N.E. 7639  
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de GASTROSCOPIA.

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Handwritten signature of the patient or legal representative

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de GASTROSCOPIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

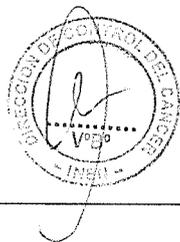
DR. FERNANDO BARRERA BOLAÑOS
CMP: 18432 RNE: 7819
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE POLIPECTOMÍA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

La polipectomía es un procedimiento en el cual se realiza la resección de lesiones conocidas como pólipos, las cuales por su naturaleza aumentan el riesgo de cáncer. El examen consiste en introducir un instrumento flexible y delgado a través del ano si es un examen del recto o colon; y a través de a boca, en el caso del examen del esófago, estómago y duodeno. Este instrumento contiene una cámara de video en su extremo para poder identificar las lesiones que se encuentren en las paredes internas de estos órganos. Además, se utiliza una aguja de inyectoterapia para administrar una solución vasoconstrictora local (adrenalina diluida) y un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad electro quirúrgica, que corta el pólipo y coagula la zona donde se implanta. El pólipo, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio histológico.

### Objetivo:

Extirpación de pólipos localizados en el esófago, estómago, duodeno, colon o recto para conocer el diagnóstico preciso mediante su posterior examen histológico.

### Alternativas:

Este procedimiento tiene como alternativa la intervención quirúrgica, sin embargo, involucra la resección de un segmento del órgano mucho mayor e implica mayor riesgo al ser un examen más invasivo.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Conocer mi diagnóstico, evitar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

### Consecuencias de no realizar el o procedimiento:

Desconocimiento de mi diagnóstico, riesgo de progresión de enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

En este procedimiento, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables, leves como distensión abdominal, mareo, dolor o hipotensión; otros infrecuentes y variables según el tipo y la complejidad de la lesión o pólipo extirpado como hemorragia (en un 1% de los pacientes), perforación (en un 0.3%), quemadura, neumoperitoneo, peritonitis, infección; otros excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACV (accidente cerebrovascular agudo) que podrían ser graves y requerir tratamiento médico intensivo o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

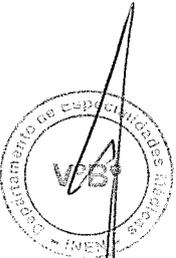
### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Para poder realizarse el procedimiento será necesario la aplicación de un sedante (MIDAZOLAM Y/O PETIDINA), con el fin de disminuir la sensación de dolor y molestias abdominales que puede ocasionar el examen. La aplicación del sedante puede tener efectos adversos, los cuales son infrecuentes. Estos pueden ser amnesia anterógrada, disminución de la capacidad de respiración, reacción alérgica intensa, hipotensión, convulsiones y muy rara vez la muerte.

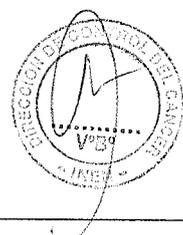
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: fuerte dolor abdominal o sangrado, acudir a su médico inmediatamente o al INEN.



DR. FERNANDO GARRIDO BOLAÑOS  
CMP: 14132 RNE 7839  
Médico jefe del SV de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA / MUCOSECTOMIA .....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA / MUCOSECTOMIA ..... y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

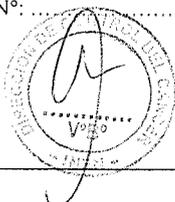
DR. FERNANDO JATREDA BOLAÑOS
CMP 18332 RNE 7839
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE PROCTOSCOPIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

El procedimiento consiste en introducir un instrumento flexible y delgado a través del ano. Este instrumento contiene una cámara de video en su extremo con la finalidad poder visualizar las paredes internas de la porción distal del intestino grueso, del recto y ano; para poder diagnosticar enfermedades en estos órganos.

En algunos pacientes será necesaria la aplicación de un sedante, con el fin de disminuir la sensación de dolor y molestias abdominales que puede ocasionar el examen y así este sea más rápido y satisfactorio. Además, durante el procedimiento se pueden tomar biopsias (muestra de tejido) según criterio médico.

### Objetivo:

Visualización de la pared del recto y ano para diagnosticar adecuadamente las lesiones que afectan en ese tramo del tubo digestivo.

### Alternativas:

Este procedimiento tiene como alternativa estudios radiológicos, sin embargo, éstos no permiten tomar biopsia ni tener la certeza del diagnóstico.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

### Consecuencias de no realizar el o procedimiento:

Desconocimiento de mi diagnóstico.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, la mayoría muy leves como dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y mareos, las cuales remiten espontáneamente. Pueden existir otras más graves como hemorragia, perforación, infección, aspiración, paro respiratorio e incluso muerte, las cuales son muy raras.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

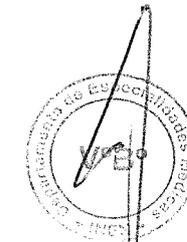
La aplicación del sedante (MIDAZOLAM Y/O PETIDINA), puede tener efectos adversos, los cuales son infrecuentes. Estos pueden ser amnesia anterógrada, disminución de la capacidad de respiración, reacción alérgica intensa, hipotensión, convulsiones y muy rara vez la muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

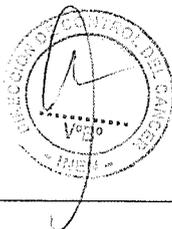
### Recomendaciones:

Avisar a su médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor fuerte o sangrado, acudir a su médico inmediatamente o al INEN.



DR. FERNANDO DARREDA BOLLANOS  
CAMP. 18332 RNE 7839  
Médico Jefe del Serv. de Gastroenterología  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de PROCTOSCOPIA.

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de PROCTOSCOPIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

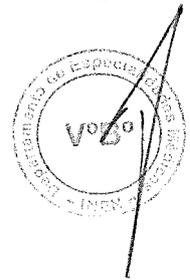
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

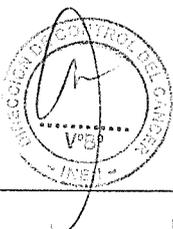


Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



DR. FERNANDO ARREDIANO
CMP: 1832 RNE: 7320
Médico Jefe del Servicio de Gastroenterología
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE INFILTRACIÓN**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Es el método terapéutico que consiste en la inyección en la zona adyacente a la apófisis espinosa vertebral de un anestésico local con suero fisiológico como diluyente.

**Objetivo:**

Reducir la inflamación local en estructuras musculo esqueléticas.

**Alternativas:**

- Utilización de fármacos tales como anestésicos.

**Consecuencias de realizar el procedimiento:**

- Disminución del dolor neuropático
- Alivio de dolores crónicos

**Consecuencias de NO realizar el procedimiento**

- Mayor presencia de dolor en estructuras Musculoesqueléticas
- Presentar procesos inflamatorios de larga data

**Riesgos reales y potenciales**

- Infección en zona infiltrada
- Lesión de vasos sanguíneos
- Atrofia cutánea en zona de infiltración
- Hemorragias
- Dolor local
- Rotura tendinosa
- Engrosamiento anómalo de la piel

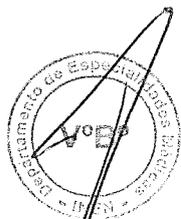
**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:****Efectos Adversos de la Lidocaína**

Efectos secundarios neurológicos incluyen mareo, náusea, somnolencia, alteraciones del lenguaje, entumecimiento peribucal, contracción espasmódica de los músculos, confusión, vértigo y tinnitus a niveles plasmáticos de 5 mg /l, toxicidad mayor puede producir psicosis, ataques, depresión respiratoria, arritmias, infarto de miocardio..

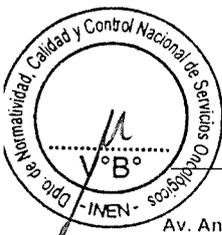
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones**

Todo procedimiento implica un riesgo, incluyendo la mortalidad, aunque esta posibilidad está muy lejana, si expresara algún signo o síntoma descritos en los riesgos durante la aplicación del tratamiento se sugiere avisar al personal Médico del INEN, que se encuentra realizando el procedimiento de Infiltración.



DR. ORLANDO VALLEJOS MUÑOZ  
CMP.20279 RNE. 20182  
Médico Jefe del Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

INFILTRACIÓN.....

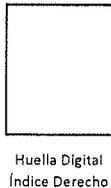
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

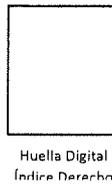
Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

INFILTRACIÓN.....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

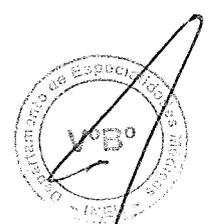
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

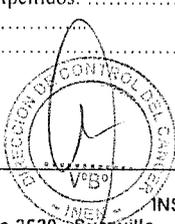
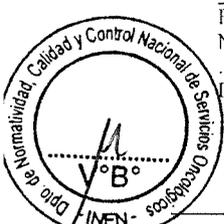


Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



DR. ORLANDO VALLEJOS MUÑOZ
CMP 20279 RNE: 20182
Médico Jefe del Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE DESGATILLAMIENTO CON AGUJA SECA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Este procedimiento se da mediante el tratamiento de una inyección intraarticular o periarticular con lidocaína diluida y corticoide con el fin de disminuir la inflamación, mejorar la impotencia funcional y aliviar el dolor.

### Objetivo:

Disminuir el dolor articular y/o periarticular.

### Alternativas:

- Utilización de fármacos tales como analgésicos, antiinflamatorios

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

- Desactivar los puntos gatillos miofasciales y por lo tanto disminuir o eliminar el dolor muscular.
- Mejorar la funcionalidad del segmento afectado.
- Restaurar la longitud normal del músculo, que por efectos de la contractura se encuentra acortado y de esta manera mejorar el rango articular del segmento afectado.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento

- Recuperación Funcional lenta.
- Inflamación persistente en articulación.
- Disminución de la eficacia en la recuperación del paciente.

### Riesgos reales y potenciales

- Fracturas interarticulares
- Lesión local a nivel de la piel o tejido celular subcutáneo o estructuras periarticulares infectadas
- Hematomas en zona de tratamiento
- Infección
- Rotura tendinosa
- Lesión de vasos, nervios o tendones adyacentes
- Diabetes mellitus (descompensación)
- Hipertensión Arterial (mareos)

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar

#### Efectos Adversos de la Lidocaína

Efectos secundarios neurológicos incluyen mareo, náusea, somnolencia, alteraciones del lenguaje, entumecimiento peribucal, contracción espasmódica de los músculos, confusión, vértigo y tinnitus a niveles plasmáticos de 5 mg /l, toxicidad mayor puede producir psicosis, ataques, depresión respiratoria, arritmias, infarto de miocardio.

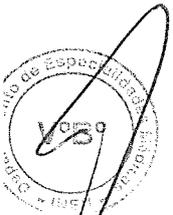
#### Efectos Adversos Corticosteroides Inyectable

Adelgazamiento de la piel, pérdida de color de la piel, dolor intenso, enrojecimiento facial, insomnio hiperglucemia.

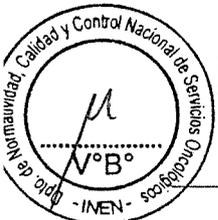
Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones

Todo procedimiento implica un riesgo, incluyendo la mortalidad, aunque esta posibilidad está muy lejana, si expresara alguno de los efectos adversos durante la aplicación del tratamiento se sugiere avisar al personal Médico del INEN, que se encuentra realizando el procedimiento de Desgatillamiento con aguja seca



DR. ORLANDO CALLEJOS MUÑOZ  
CMP 20279 RNE. 20182  
Médico Jefe del Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

DESGATILLAMIENTO CON AGUJA SECA.....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de DESGATILLAMIENTO CON AGUJA SECA..... y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

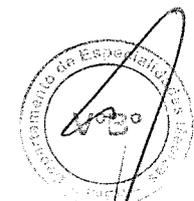
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

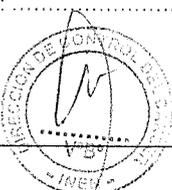


Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



DR. ORLANDO VALLEJO MORALES
CMP 20279 RNE: 20162
Médico Jefe del Servicio de Fisiopatología y Rehabilitación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE ELECTROTERAPIA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Es el método terapéutico que consiste en la aplicación de dos corrientes de mediana frecuencia que al ser aplicadas en el tejido interactúan una con otra dando como resultado de esa interferencia una corriente terapéutica. La aplicación de dicha corriente tiene efectos analgésicos, antiinflamatorios, potenciación neuro-muscular, térmica (en el caso de electroterapia de alta frecuencia).

Se brinda esta terapia en los siguientes cuadros:

- Dolor de tipo neuropático
- Estimulación de Trofismo Muscular
- Estimulación de Musculatura de Suelo Pélvico
- Mejora de Cicatrización de Heridas
- Dolor de origen osteomioarticular

Su uso es siempre indicado y supervisado por un profesional de la salud, puede ser un aliado tanto en la prevención como en procesos de rehabilitación.

**Objetivo:**

Control del dolor.

**Alternativas:**

- Utilización de fármacos tales como analgésicos, antiinflamatorios

**Consecuencias de realizar el procedimiento:**

- Efecto Calmante, ayuda a disminuir el dolor
- Eficacia en proceso de recuperación de lesiones traumáticas

**Consecuencias de no realizar el procedimiento**

- Mayor tiempo con dolor en zona afectada
- Disminución de la eficacia en la recuperación del paciente

**Riesgos reales y potenciales**

- Quemaduras eléctricas
- Alergias cutáneas
- Dolor intenso por amplias zonas corporales
- Contracturas musculares generalizadas mientras dura el paso de la corriente
- Bloqueos o paradas cardiorespiratorias
- Arritmias o paradas cardíacas
- Pérdida de la conciencia

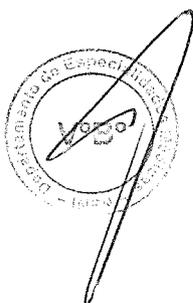
**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

En este procedimiento no se utiliza ningún elemento farmacológico.

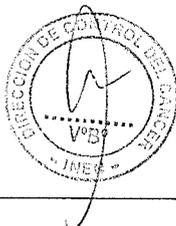
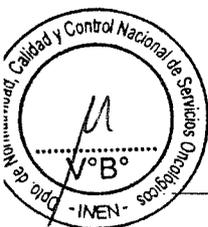
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones**

Avisar al personal si es que está embarazada, marcapasos, tromboflebitis, procesos febriles. Todo procedimiento implica un riesgo, incluyendo la mortalidad, aunque esta posibilidad está muy lejana, si expresara alguno de los riesgos mencionados, durante la aplicación del tratamiento se sugiere avisar al personal técnico médico del INEN, que se encuentra aplicando la electroterapia.



DR. ORLANDO VALLEJO MUÑOZ  
C.M.P. 21725 R.N.E. 20182  
Médico Jefe del Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ELECTROTERAPIA.....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Personal Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CTMP N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ELECTROTERAPIA.....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Firma y sello del Personal Encargado
Nombre y Apellidos: .....
Colegio N°: ..... RNE N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Vertical text on the left side containing names and titles of medical staff, including DR. ORLANDO VALLEJOS MUÑOZ and DR. ORLANDO VALLEJOS MUÑOZ, Médico Jefe del Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

