



Resolución Directoral

Lima, 24 de junio del 2020

VISTO:

El Expediente N° 09415, el cual contiene el Informe N° 008-CMHC-2020/HNAL, el Memorando N° 052-T/DG-HNAL y el Acta N° 004/2020 del Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, en sus artículos II y VI del Título Preliminar dispone que la protección de la Salud es de interés público y es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo del 2018, se aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual establece que el Comité Institucional de Historias Clínicas tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;

Que, a través de la Resolución Directoral N° 074-HNAL/D-2020, de fecha 15 de abril del 2020, se resuelve reconstituir el Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante Memorando N° 052-T/DG-HNAL-2020, de fecha 01 de junio del 2020, la Coordinadora General de Telesalud, solicita al Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la aprobación del "Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento" y "el Formato Revocatoria del Consentimiento Informado".

Que, con Acta N° 004/2020 de fecha 03 de junio del 2020, el Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, acordó aprobar, "el Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento" y "el Formato Revocatoria del Consentimiento Informado" presentado por la Unidad Funcional de Telesalud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante Informe N° 008-CMHC-2020/HNAL, de fecha 08 de junio del 2020, la Presidenta del Comité de Historias Clínicas, hace llegar el Acta N° 004/2020 suscrita por el Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por el cual se aprueba "el Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento" y "el Formato Revocatoria del Consentimiento Informado" presentado por la Unidad Funcional de Telesalud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por lo que solicita se emita la Resolución Directoral de aprobación de los formatos en mención, los mismos que cumplen con lo establecido en la normatividad vigente, por lo que corresponde emitir el acto resolutorio correspondiente;



Con el visto bueno de la Coordinadora General de Telesalud, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Adjunto del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 1262-2004-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, modificado por Resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, y la Resolución Viceministerial N° 023-2020-SA/DVMPAS;

SE RESUELVE:



ARTÍCULO 1°.- Aprobar los siguientes formatos presentados por la Coordinadora General de Telesalud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que a continuación se indican:

- **Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento.**
- **Formato Revocatoria del Consentimiento Informado.**



ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Coordinadora General de Telesalud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la implementación de la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal de la página institucional del Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". (www.hospitalloayza.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. JOSÉ HUAMÁN MUÑANTE
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 26738 R.N.E. N° 16941

JGHM/rfs



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

NOTA INFORMATIVA N° 193 -2020-OAJ-HNAL

A : Dr. JOSÉ GONZALO HUAMÁN MUÑANTE
Director General del HNAL

ASUNTO : Remito Proyecto de Resolución Directoral

REFERENCIA : HTG N° 09415

FECHA : Lima, 17 de junio del 2020

Me dirijo a Usted en atención al documento de la referencia, a fin de adjuntarle el proyecto de Resolución Directoral debidamente visada que aprueba: el Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento y el Formato Revocatoria del Consentimiento Informado de la Unidad Funcional de Telesalud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
ABOG. RAMON FARRO SAMAME
Jefe de la Oficina



RFS/02.

Se adjunta: Exp. Original en () folios
Cc. Archivo



PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

"DELENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

INFORME Nº 008 - CMHC-2020/HNAL

A : Dr. JOSE HUAMAN MUÑANTE
Director General del HNAL

09415

DE : Dra. AMERICA CHANG YUI
Presidente del Comité de Historias Clínicas

ASUNTO : APROBACION DE FORMATOS
MEMORANDUM Nº 052-T/DG-HNAL-2020

FECHA : 08 de junio de 2020



Sirva el presente para saludarlo y hacerle llegar los formatos aprobados por el Comité de Historias Clínicas en la reunión del 03 de junio del presente, donde se aprobaron los formatos:

- Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento y su revocatoria a solicitud de la unidad funcional de Telesalud.

Solicitándole la emisión de Resolución Directoral de aprobación para la respectiva difusión y utilización. Se adjunta copia del acta de aprobación.

Sin otro particular y agradeciendo la atención, quedo de usted.

Atentamente,

cc. Archivo

ACHY/Andrea



EL PERÚ PRIMERO



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Arzobispo Loayza

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TELESALUD:
SEGUIMIENTO

Institución Prestadora de Servicios de Salud: Hospital Nacional Arzobispo Loayza		
<u>Número de Historia Clínica:</u>		
<u>Número de DNI/Carnet de Extranjería:</u>		
<u>Fecha</u> (de firmado el presente documento):		
<u>Hora</u> (de firmado el presente documento):		
<u>Nombres y apellidos del paciente:</u>		
Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención: SEGUIMIENTO - TELESALUD/TELEMEDICINA		
Descripción: Luego del alta, es necesario saber su estado de salud, la presencia o no de complicaciones y/o la aparición de nuevas molestias que pudieran requerir atención médica. Para mayor comodidad, rápida atención y evitar el riesgo de salir de su domicilio y dirigirse a un Establecimiento de Salud, médicos especialistas del Hospital Arzobispo Loayza se comunicarán con usted al número celular indicado en este formato o en la Historia Clínica. La llamada que recibirá será del siguiente número: (01) 713-6800 (número directo del hospital) Toda información se mantendrá en reserva y usted podrá decidir la suspensión o no del seguimiento telefónico. Del mismo modo, usted puede llamarnos al número indicado, si desea alguna orientación, consulta, etc. ; así como solicitar los datos de la persona que lo llama y el médico que lo atiende		
Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención: No aplica		
Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar en el procedimiento o intervención: No aplica		
Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico: No aplica		
Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal, según sea el caso, en relación al procedimiento o intervención:		
☐ Acepto	☐ No acepto	
_____ Nombre completo de la persona que entrega el formato	_____ Nombre completo y No. DNI del paciente o representante legal	Huella digital



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En pleno uso de mis facultades y a pesar de haber recibido información sobre la necesidad de realizar el procedimiento _____, REVOCO el Consentimiento informado otorgado asumiendo los riesgos y responsabilidad de esta decisión para mi salud o la de mi representado, de ser el caso.

Firma del Paciente o representante legal
No. de DNI



Huella digital

ACTA No. 004/2020

Siendo las 08:30 horas del 03 de junio de 2020, reunidos en el Departamento de Consulta Externa y Hospitalización, el Comité de Historias Clínicas, aborda lo siguiente:

AGENDA:

- I. Evaluación del Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento y su revocatoria, a solicitud de la unidad funcional de Telesalud**

DESARROLLO DE LA AGENDA:

Expresada la necesidad de contar con formatos estandarizados que se encuentren enmarcados en la normatividad vigente, se procede a dar lectura a lo señalado en la de la NTS No. 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y su modificatoria.

Los participantes evalúan los formatos presentados y luego del análisis correspondiente, se establecen los siguientes acuerdos:

ACUERDOS:

1. Aprobar los formatos presentados por la Unidad Funcional de Telesalud, teniendo en consideración que:
 - a.- La "aprobación" emitida por el Comité de Historias Clínicas es "exclusivamente para los formatos solicitados y mencionados en el presente documento". El Comité de Historias Clínicas no se responsabiliza por el contenido de la información de los documentos recibidos.
 - b.- Los formatos aprobados que constan de varias hojas, deberán ser firmados en cada una de las hojas impresas, las mismas que deberán tener número de página correlativo, impresión a doble cara y no contener espacios en blanco, salvo los que serán llenados como parte del formato.
 - c.- Los formatos aprobados son de uso obligatorio a partir de la emisión de la Resolución Directoral de aprobación.

Siendo las 09:00 hrs. se concluye la sesión y en señal de conformidad firman los presentes.


.....
Rodolfo Quinto Castro
JEFE DE REGISTROS MÉDICOS


.....
Dra. MARIA GLORIA REINOSO HUERTA
Jefe de Departamento de Enfermería


.....
Ing. MARCO ANTONIO POZO ESPINOZA
CIF N° 17.34
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

INFORMADO:



REVOCO el
as y responsabilidad de esta decisión
debido información sobre la necesidad de



PERÚ Ministerio de Salud Hospital Nacional Arzobispo Loayza

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

TELESALUD

MEMORANDO N° 052 -T/DG-HNAL-2020

A : DRA. AMERICA CHANG YUI
Presidenta del Comité de Historias Clínicas

ASUNTO : Solicito aprobación de Consentimiento Informado

FECHA : Lima, 01 de junio de 2020.

Sirva el presente para saludarle y solicitar la aprobación del Formato de Consentimiento Informado Telesalud: Seguimiento, el mismo que cumple con lo dispuesto en la normatividad vigente.

Agradeciendo la atención brindada a la presente, quedo de usted;

Atentamente;

ACHY/Sska
C.c. Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dra. AMERICA CHANG YUI
Coordinadora General de TELESALUD
C.M.F. N° 27577 - 1346 - 23029

