



Resolución Directoral

Nº 323 -2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 05 de agosto del 2022

VISTO:

El Informe Nº 063-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/UAEI, el Informe Nº 035-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/OPE-ER, el Informe Nº 063-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/OPE; relacionado con la aprobación del Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; y, es responsabilidad del Estado; promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial Nº 265-2018/MINSA, en la cual establece entre otros: 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 contra referencia 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, practica 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 respecto al acceso de información, conforme al numeral 15.4 del artículo 15º de la Ley Nº 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, tienen derecho a: a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital. b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;





Resolución Directoral

Nº 323-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 05 de agosto del 2022

Que, según el artículo 16º del Reglamento de Salud y Servicios Médicos, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que: Dentro del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo, se podrá desarrollar actividades de docencia y de investigación. La participación de pacientes en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósito de investigación, debe ser voluntaria;

Que, de conformidad con el artículo 37º del Reglamento precedentemente citado, establece que el Director Médico o el 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 estandarización del procedimiento de atención en salud;

Que, mediante informe de visto la jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable para la aprobación del Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud del Hospital General de Jaén, de acuerdo a la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA para su validación y aprobación respectiva mediante Resolución Directoral;

Que, de la revisión efectuada al formato denominado Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud, se aprecia que cumple con lo prescrito en la Norma Técnica de Salud, para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Por las consideraciones expuestas, contando con el visto correspondiente y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén, facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – **APROBAR** el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud del Hospital General de Jaén, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO. - **DISPONER** que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAEN
Diana Mercedes Bolivar Joo
PATÓLOGO CLÍNICO / CMP 19484
DIRECTORA EJECUTIVA





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

Establecimiento de Salud: **HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**

Señor (a) _____ Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo observarán, tal vez podrán entrevistarlos (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

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

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR o DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha..... de..... del 202..... Hora:.....
Yo..... con DNI. N°..... e Historia Clínica N°..... declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o forma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a):

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

Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.	Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento D.N.I.
--	---

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: de..... del 202.....

Firma o huella digital del paciente o representante legal D.N.I.	Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria D.N.I. Nota: Cualquier profesional de la salud
--	--

