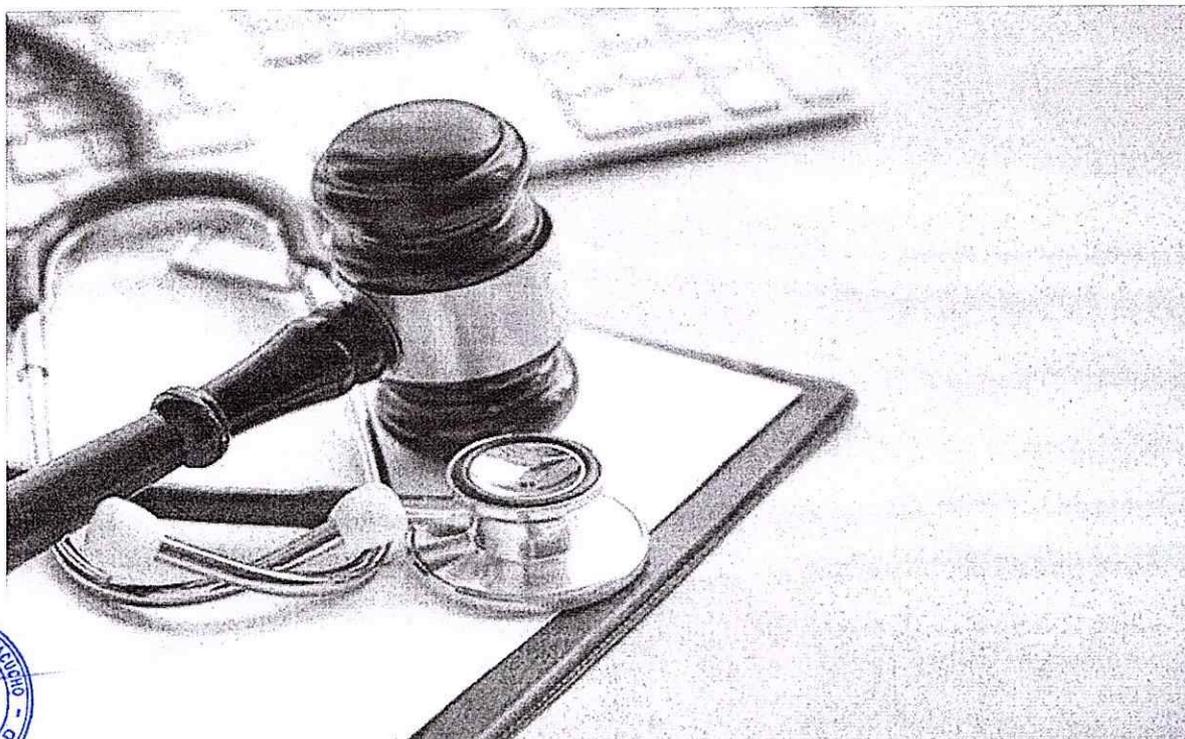


# HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"

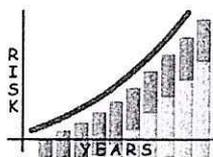
## Unidad de Docencia e Investigación



# DOCUMENTO TÉCNICO QUE REGULA LA APLICACIÓN DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DOCENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"



2022



“Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad.”

**Platón**

**Equipo técnico de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ayacucho:**

- Dra. María Elizabeth Torrealva Cabrera
- Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas



## I.- FINALIDAD

Regular, normar y orientar la aplicación del formulario de Consentimiento Informado para las actividades docentes durante la atención de salud en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" teniendo como marco el respeto a la dignidad y derechos de los usuarios que solicitan una prestación de salud.

## II.- OBJETIVOS

**2.1. Objetivo General:** definir los criterios y condiciones de la aplicación del Consentimiento Informado para las actividades docentes en la atención de salud, a fin de garantizar el pleno respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

**2.2. Objetivos específicos:**

- a. Regular la correcta aplicación del Consentimiento Informado para las actividades docentes en la atención de salud.
- b. Uniformizar los criterios referentes a la aplicación y llenado del formato del Consentimiento Informado para las actividades docentes en la atención de salud.
- c. Establecer responsabilidades respecto al cumplimiento de la presente directiva.

## III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.



La presente directiva es de aplicación obligatoria a todas las unidades orgánicas que realizan actividades académicas de pre y pos grado de las profesiones de Ciencias de la Salud de universidades e institutos superiores en el en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena".

## III.-BASE LEGAL

1. Constitución Política del Estado
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y sus modificatorias.
4. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales,
5. Decreto Supremo N° 013, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Decreto Supremo N° 027, que aprueba el Reglamento de la Ley 29414.
7. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud,
8. Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley de Protección de Datos Personales.

9. Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.
10. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
11. Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
12. Ordenanza Regional N° 013-2022-GRA/CR. Que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Ayacucho.
13. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA. Que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud,

#### IV.- DEFINICIONES OPERATIVAS

- a. **Consentimiento informado:** conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en emergencia, consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo procedimientos especiales o intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- b. **Actividad de Docencia en Servicio:** Actividad vinculada entre la universidad y el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente - estudiante (pre y posgrado), con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o de capacitación en el campo de las ciencias de la salud.
- c. Revocar: Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.

#### V.- DISPOSICIONES GENERALES

- a. Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de manera informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.
- b. El profesional de la salud docente de las áreas de emergencia, hospitalización y consulta externa, son los responsables de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.



- c. El formato debe ser entregado y explicado a la persona usuaria por el profesional de las ciencias de la salud; la información brindada deber ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permite a la persona interesada participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe tener en cuenta la absolución de todas las preguntas que surjan a fin que no queden dudas.
- d. Este formato deber ser aplicado antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus estudiantes asignados.
- e. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- f. El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", o la que haga sus veces.
- g. Las jefaturas de los servicios son responsables de verificar en las historias clínicas la evidencia de formulario de Consentimiento Informado para las actividades docentes durante la atención de salud.

## VI.- DISPOSICIONES ESPECIFICAS

### 7.1. DEL LLENADO DEL FORMULARIO

- a. Considerar la fecha del día y la hora en que se brinda la información al paciente, éste firma y otorga su consentimiento.
- b. Consignar el nombre y apellidos de la persona usuaria de los servicios de salud, Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el número de su Historia Clínica (HC).
- c. Consignar una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su conocimiento, según sea el caso.
- d. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica y otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud que no será identificado (a); colocará una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria de o no su consentimiento, según sea el caso por video, audio o toma fotográfica.
- e. La persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor o cuando el paciente está imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- f. Se debe colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- g. Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro correspondiente.
- h. El profesional de la salud docente que informa y toma el conocimiento, debe firmar y colocar el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.



- i. El Formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud es anexado a la historia clínica.

## 7.2. DE LA REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- a. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado
- b. Se debe informar a la persona usuaria, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- c. Considerar la fecha exacta del día en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del consentimiento informado brindado anteriormente y no está condicionado a justificarlo.
- d. Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad.
- e. Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- f. Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- g. El profesional de la salud que reciba la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación. Es importante señalar que en aplicación de las normas legales vigentes cualquier profesional del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento. Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA**

Señor (a):.....Buenas 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 él es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarle (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 aclaremos 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 Reglamentos 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 docente, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted 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. Cualquier fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.



**EXPRESIÓN DEL 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 Hospital Regional De Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena 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 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 toma 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

DNI

.....

Firma y sello del profesional de la  
Salud docente que informa y toma conocimiento

DNI

**REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

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

Hora .....

.....

Firma o huella digital del paciente  
o representante legal

DNI

.....

Firma y sello del profesional de la  
Salud docente que informa y toma conocimiento

DNI

