



# Resolución Directoral

Lima, 06 de octubre de 2023

## VISTOS:

El MEMORANDO N°124-2023-UO-OEPE-HSR/MINSA, Informe N°000034-2023-OEPE-UO-HSR/MINSA, Nota Informativa N°000002-2023-COMITÉ-HC/HSR, y el INFORME LEGAL N°240-2023-MINSA-HSR-OAJ, de fecha 04 de octubre de 2023.

## CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Santa Rosa, es una Entidad de Salud Nivel III responsable de brindar una atención descentralizada a todos los pacientes que concurren a la institución y lograr respuestas efectivas ante las distintas enfermedades e implementar programas de atención sanitaria eficiente e innovadores que satisfagan las necesidades de los pacientes;

Que, conforme al Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Hospital Santa Rosa son funciones específicas de la Dirección General, aprobar el Plan Estratégico, Plan Operativo, Presupuesto, Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones y documentos de gestión que correspondan, según las normas vigentes;

Que, mediante 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", y su modificatoria aprobada mediante Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA, establece la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas;

Que, con Resolución Directoral N°113-2023, que aprueba la Reconformación del Comité de Historia Clínica del Hospital Santa Rosa;

Que, con Resolución Directoral N°219-2022-MINSA-HSR-DG, se aprueba la Directiva Administrativa N° 007-MINSA/HSR, para la Elaboración, Evaluación y aprobación de Formatos Básicos y Especiales a incorporarse en la Historia Clínica;

Que, conforme a lo señalado por la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", señala en su numeral N°4.2.6, 4.2.8, 4.2.19 y 5.2.2. establece que los Formatos de atención forman parte de la Historia Clínica, deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de la Historia Clínica; ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. En caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización en cumplimiento a la normatividad vigente. Asimismo, el personal de salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registre en los diferentes



J. PERAZZO

formatos que integra la Historia Clínica; así como la custodia y conservación de esta, cuando le sean integradas para las actividades de atención;

Que, de los antecedentes se advierte que el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, presenta los Formatos de Consentimiento Informado los mismos que han sido validados por el Comité de Historia Clínica con Acta de Reunión de fecha 07 de septiembre de 2023, dando cumplimiento a lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" presenta los referidos formatos al Comité de Historia Clínica, y habiéndose, emitiendo el Comité opinión favorable, procede la validación efectuada por el mencionado órgano colegiado;

Que, mediante MEMORANDO N°124-2023-UO-OEPE-HSR/MINSA, de fecha 02 de octubre de 2023, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite a la Oficina de Asesoría Jurídica, los Formatos de Consentimiento informado para incorporarse en la Historia Clínica propuestos por el Departamento Emergencia y Cuidados Críticos para que se proyecte el acto resolutivo respectivo, según se indica;

Que, con Informe N°000034-2023-OEPE-UO-HSR/MINSA, de fecha 02 de octubre de 2023, el Jefe de la Unidad de Organización de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento del HSR concluye que los Formatos propuestos, y validados por el Comité de Historia Clínica, se encuentra dentro del marco de la NTP N°139-MINSA/2018-DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica", conforme se ha señalado líneas arriba, por lo que, cuenta con opinión técnica favorable, debiéndose aprobar mediante acto resolutivo;

Que, en tal sentido, la propuesta de aprobar los **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCORPORARSE EN LA HISTORIA CLINICA**, resulta procedente, máxime si los mismos se encuentra dentro de los marcos legales antes descritos; en consecuencia, la Oficina de Asesoría Jurídica es de opinión de aprobar Formato de Consentimiento informado para la Colocación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Cuidados Críticos; y el Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Pronación;

Que, contando con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

Que, de conformidad con lo dispuesto por el T.U.O de la Ley del Procedimiento Administrativo General, y la Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCORPORARSE EN LA HISTORIA CLINICA** en el Servicio de cuidados Críticos, conforme se detalla a continuación, y cuyo anexo forma parte del presente documento:

- **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS.**
- **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PRONACIÓN.**

**ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR** a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal web del Hospital Santa Rosa.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE;**



M.C. RAUL NALVARTE TAMBINI  
DIRECTOR GENERAL (e)  
CMP 020306 RNE. 012400

Dirección General  
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  
Oficina de Asesoría Jurídica.  
Archivo



**DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS  
SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PRONACIÓN EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS**

**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

Paciente (Nombre y Apellidos) ..... de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°....., con Historia Clínica N°.....N° celular: .....

Sr. (a) (Nombre y apellidos de Padre/Madre/representante legal o familiar) ..... (madre/padre/abuelo(a), tutor\*), de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°....., N° celular: .....

\* Acreditado mediante documento: .....

**DECLARO**

Que el M.C. (a)..... identificado con CMP.....Médico Cirujano con RNE..... (Nombre y Apellidos del Facultativo que proporciona la información) me ha informado de forma confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la necesidad de realizar el procedimiento denominado: **PRONACIÓN DE PACIENTE INTUBADO**, procedimiento al que se ha llegado tomando en cuenta las evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares efectuados

**B. PROCEDIMIENTO A REALIZAR:**

1. Los diagnósticos y/o condiciones que motivaron el ingreso al Servicio de Cuidados Críticos, son:
  - a.
  - b.
  - c.
  - d.
2. En vista de la condición crítica del paciente, la decisión terapéutica requerida es de naturaleza inmediata e implica la necesidad de realizar el procedimiento de: **PRONACIÓN DE PACIENTE INTUBADO**
3. La pronación es un procedimiento en el cual se coloca al paciente en posición de decúbito prono (boca abajo) en que el cuerpo yace sobre el pecho y vientre.
4. La pronación produce una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón que en su mayoría se encuentran colapsadas cuando el paciente se encuentra en posición supino (boca arriba).

**C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES:**

Los riesgos de este procedimiento pueden ser: edema facial, conjuntival o palpebral, lesiones cutáneas de las zonas declives como la pared anterior del tórax, los labios, las rodillas y la frente, úlceras corneales o linguales.

**D. PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES:**

1. Me comprometo a cooperar con las indicaciones médicas.
2. Colaborar, en caso se requiera del Kit de pronación
3. Seguir las indicaciones para prevenir accidentes relacionados a la rotación y reducir las lesiones por presión en la piel.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado de forma completa, en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

**Por ello, manifiesto que estoy satisfecha(o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos y en tales condiciones declaro que CONSIENTO se me realice el procedimiento de PRONACIÓN DE PACIENTE INTUBADO.**



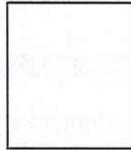
M.C. RODOLFO CRUZ PAZOS  
JEFE DEL DPTO. DE CONSULTA EXTERNA

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En Pueblo Libre.....de.....del 20..... Hora: .....

.....  
 Sello y Firma del Médico  
 Nombre y Apellidos: .....  
 .....  
 CMP: .....

.....  
 Firma del paciente o representante  
 Nombre y Apellidos: .....  
 .....  
 N° de DNI / CE: .....

  
 (Huella dactilar)

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paciente (Nombre y apellidos) .....  
 de ..... años de edad, identificado con DNI / CE N°..... con Historia Clínica N°.....  
 N° celular: .....

Sr. (a) (Nombres y Apellidos) ..... en calidad de representante legal, familiar o allegado de la Paciente) de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°..... N° celular: .....

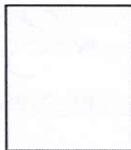
**Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir con el procedimiento de: PRONACIÓN DE PACIENTE INTUBADO.**

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución.

En Pueblo Libre, .....de.....del 20..... Hora: .....

.....  
 Sello y Firma del Médico que registra la revocatoria  
 Nombre y Apellidos .....  
 .....  
 CMP: .....

.....  
 Firma del paciente o representante  
 Nombre y Apellidos: .....  
 .....  
 N° de DNI / CE: .....

  
 (Huella dactilar)



  
**M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZAN**  
 CMP. 2547 RNE. 15357 RNA 4699  
 Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud



  
**M. ROSSILFO CRUZ PAZOS**  
 JEFE DEL OPTO. DE CONSULTA EXTERNA  
 CMP. 36857

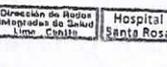


  
**DRA. ROSA L. MARTINEZ CORTEZ**  
 CMP. 066986 RNA. A03941  
 JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS

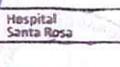


  
**CD. JUSTO RAMOS LOPEZ**  
 C.O.P. 7674 RNE : 1474  
 Jefe del Departamento de Odontología



  
**MC. CESAR WALTER HERRERA VIDAL**  
 DIRECTOR GENERAL (e)  
 CMP. 20398 RNE: 10288



  
**M.C. JEAN RICHARD FLORES VILCHEZ**  
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad  
 C.M.P. N° 052059 - RNA N° A01488



## DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

#### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Paciente (Nombre y Apellidos) ..... de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°....., con Historia Clínica N°.....N° celular: .....

Sr.(a) (Nombre y apellidos de Padre/Madre/representante legal o familiar) ..... (madre/padre/abuelo(a), tutor\*), de ..... años de edad, identificado con DNI / CE N°....., N° celular: .....

\*Acreditado mediante documento: .....

#### DECLARO

Que el MEDICO CIRUJANO (a).....identificado con CMP..... con RNE..... (Nombre y Apellidos del Facultativo que proporciona la información), me ha informado de forma confidencial, respetuosa y comprensible acerca de la necesidad de realizar el procedimiento denominado: **COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL**, como tratamiento del Diagnóstico actual de: ....., diagnostico al que se ha llegado tomando en cuenta las evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares efectuados.



#### B. PROCEDIMIENTO:

1. El **PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**, consiste en LA COLOCACIÓN DE UNA VÍA EN UNA VENA CENTRAL, para el tratamiento de una enfermedad de presentación aguda y grave que pone en riesgo la vida del paciente. Según los hallazgos, se podrán realizar:

- a. Infusiones de sustancias vasoactivas.
- b. Cuando se requieran volúmenes de infusiones rápidas.
- c. Infusión de sustancias hiperosmolares.
- d. Sustancias irritantes que no pueden colocarse por vía periférica.

2. Durante el curso de la intervención pueden encontrarse hallazgos diferentes al diagnóstico inicial o presentarse situaciones imprevistas las cuales requerirán la extensión del procedimiento original con la realización adicional de actos distintos al especificado en el párrafo anterior.

3. Durante la operación puede ser necesario realizar radiografías u otros exámenes especializados.

#### C. POSIBLES RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O COMPLICACIONES:

4. Los riesgos, efectos adversos o complicaciones propias de esta intervención son principalmente:

- a. Hemotórax: sangrado dentro del pulmón.
- b. Sangrado
- c. Hematoma
- d. Neumotórax: salida de aire entre el pulmón y la pared de tórax.
- e. Dolor en zona de punción.

Se me ha explicado además que teniendo en cuenta la condición del paciente o sus antecedentes pudieran presentarse situaciones como, Reacciones Alérgicas Medicamentosas, Espasmo Bronquial y Paro Cardiorrespiratorio que obligarán a realizar procedimientos médicos intensivos según el caso y ocasionalmente suspender el procedimiento.



*[Handwritten signature]*

Adicionalmente declaro que:

- Me comprometo a asistir puntualmente a todos los controles postoperatorios, curaciones y procedimientos que el médico me indique
- No he omitido ni alterado ningún dato al momento de confeccionar mi historia clínica.

En consecuencia, en calidad de paciente/familiar/representante legal/en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley N°26842 –Ley General de Salud, declaro que:

- He sido informado(a) del procedimiento indicado.
- Me siento satisfecho(a) con la información brindada.
- He podido realizar preguntas sobre las dudas que tengo.
- Conozco los riesgos y beneficios del procedimiento.

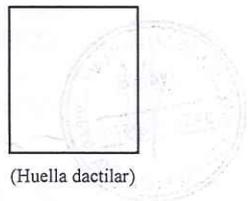
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento de: **COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL**

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En Pueblo Libre .....de.....del 20..... Hora: .....

.....  
Sello y Firma del Médico  
Nombre y Apellidos: .....  
.....  
CMP: .....

.....  
Firma del paciente o representante  
Nombre y Apellidos: .....  
.....  
N° de DNI / CE: .....



**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paciente (Nombre y apellidos) ..... N°  
de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°....., con Historia Clínica N°..... N°  
celular: .....  
Sr. (a) (Nombres y Apellidos) ..... en calidad de representante  
legal, familiar o allegado de la Paciente) de.....años de edad, identificado con DNI / CE N°..... N°  
celular: .....

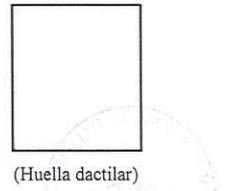
**Revoco el consentimiento prestado en fecha .....y no deseo proseguir con el procedimiento de: COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL**

Declaro además que se me ha hecho conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución.

En Pueblo Libre, ..... de.....del 20..... Hora: .....

.....  
Sello y Firma del Médico  
Nombre y Apellidos .....  
.....  
CMP: .....

.....  
Firma del paciente o representante  
Nombre y Apellidos: .....  
.....  
N° de DNI / CE: .....



PERU Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa  
M.C. CESAR WALTER HERRERA VIDAL  
DIRECTOR GENERAL (e)  
R.N.E. 40268

PERU Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa  
M.C. JEAN RICHARD FLORES VILCHEZ  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad  
C.M.P. N° 052059 - RNA N° A01488

SECRETARIA  
HOSPITAL SANTA ROSA  
M.C. JUSTO RAMOS LOPEZ  
C.O.P. 7674 RNE: 1474  
Jefe del Departamento de Odontocostomología

PERU Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa  
M.C. RAQUEL CECILIA CANCINO BAZAN  
CMP 2547 RNE: 15357 RNA 4699  
Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud

PERU Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa  
M.C. RODOLFO CRUZ PAZOS  
JEFE DEL DPTO. DE CONSULTA EXTERNA  
CMP: 36867

MINISTERIO DE SALUD VICE MINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD HOSPITAL SANTA ROSA  
DRA. ROSA L. MARTINEZ CORTEZ  
CMP. 066586 RNA. A03941  
JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS