



Resolución Directoral

Lima, 23 OCT 2023

VISTOS:

El Memorando N° 349-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 17 de octubre de 2023, de la Dirección General; el Informe N° 059-2023-OGC-HEP/MINSA de fecha 25 de setiembre de 2023, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en sus numerales I y II señala que, *“la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y de la protección de la salud es de interés público”*; señalándose, además, en su artículo 4°, que *“ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo”*;

Qué, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaris de los Servicios de Salud, se modifica el artículo 15° de la Ley N°26842, Ley General de Salud, estableciendo en el numeral 15.4 inciso a) lo siguiente: *“a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el tratamiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: inciso a.1): En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción”*;

Que, mediante el artículo 23° del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, indica que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancias que acarrear la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud;

Que, el proceso de consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de las IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondiente. En el caso de personas incapaces que no supieran firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado;

Que, mediante el numeral 5.1. de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba el documento técnico denominado *“Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”*, el cual tiene por finalidad transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos; así como facilitar el adecuado y correcto desarrollo de competencias, funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles de atención de salud, niveles de gobierno y subsectores de salud, según corresponda;



Que, asimismo mediante el numeral 6.1.4. de la norma ante citada, se establece que el documento técnico (Planes, Lineamientos de Políticas, etc.) tiene por finalidad informar y orientar a los usuarios de salud y/o población en general, basándose en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documental, respaldado por la norma vigente que corresponda;



Que, mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA, se aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud — IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas; que tiene como finalidad establecer los mecanismos que permitan la protección del derecho a la salud respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas y/o recibidas de la IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas, en el marco del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Usuarios en los Servicios de Salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;



Que, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado con Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA, establece de la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación del personal;

Que, en ese contexto mediante Informe N° 059-2023-OGC-HEP/MINSA, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; solicita la aprobación de la "Directiva del procedimiento del uso del consentimiento informado en el Hospital de Emergencias Pediátricas", el cual tiene como finalidad, estandarizar el procedimiento del uso del consentimiento informado en la entidad, para mejorar la calidad de atención en el usuario externo, fomentando las buenas prácticas de atención en salud, garantizando los derechos de los usuarios, con énfasis en el derecho al acceso de la información y al consentimiento informado;

Que, en mérito a lo señalado en los considerandos precedentes, mediante el Memorando N°349-2023-DG-HEP/MINSA, el Director General, dispone la proyección del acto resolutorio de la "Directiva del procedimiento del uso del consentimiento informado en el Hospital de Emergencias Pediátricas", para su respectiva formalización;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud; la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud; la Resolución Ministerial N° 519-

2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud; el Decreto Supremo N° 002-2019-SA; la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", en uso de la facultad conferida en el literal e) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado por Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA, que resuelve delegar facultades durante el Año Fiscal 2023, a los Directores/as Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana, Institutos Nacionales Especializados y Hospitales del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1° - APROBAR la "Directiva del procedimiento del uso del consentimiento informado en el Hospital de Emergencias Pediátricas", con el documento que adjunta como Anexo, el cual, forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- DISPONER que los Departamentos/Servicios u oficinas involucradas deberán velar por el cumplimiento de la disposiciones de la Directiva.

Artículo 3°.- ENCARGAR al responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: www.hep.gob.pe.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

M.C. Carlos Urbano Durán
Director General

CLUD/AASO/jbc

Distribución CC:

- Oficina de Gestión de la Calidad
 - Oficina de Asesoría jurídica
 - Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP
 - Interesados
 - Archivo.
- Reg. 430/951

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS**



**DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS**

LA VICTORIA – PERÚ

2023

M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND

Director General



Elaborado por:

M.C. WILLIAM ABREGÚ CASTRO

Coordinador de la Oficina de Gestión de la Calidad

Revisado por:

M.C. ROBERTO WALTER HUAMANÍ GUZMÁN

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad



Índice

1. Finalidad.....	4
2. Objetivo.....	4
3. Ámbito de aplicación.....	4
4. Base legal.....	4
5. Disposiciones generales.....	5
5.1 Definición de términos.....	5
6. Disposiciones específicas.....	5
6.1 Descripción del Procedimiento.....	5
7. Responsabilidad.....	9
8. Disposiciones Finales.....	9
9. Anexos.....	9



DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

1. Finalidad

Estandarizar el procedimiento del uso del consentimiento informado en el Hospital de Emergencias Pediátricas para mejora de la calidad de atención en el usuario externo, fomentando las buenas prácticas de atención en salud, garantizando los derechos de los usuarios, con énfasis en el derecho al acceso de la información y al consentimiento informado.

2. Objetivo

Contribuir a involucrar y comprometer al tutor legal del paciente con el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación, al aumentar su conocimiento a través de la información proporcionada por el profesional de la salud.

Aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el tutor legal del paciente pueda tomar decisiones respecto al proceso de atención.

Garantizar el derecho al acceso de la información, al consentimiento informado, a la autonomía y a la libertad en la toma de decisiones.

Garantizar al profesional de la Salud, haber conducido proceso alguno, luego de haber expuesto al tutor legal del paciente o quien haga sus veces (de existir), que los actos motivados, procedieron con la expresa autorización.

3. Ámbito de aplicación

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en todos los Departamentos y Servicios asistenciales del Hospital de Emergencias Pediátricas que haga uso del consentimiento informado.

4. Base legal

- Ley N°26842- Ley General de Salud.
- Ley N°29414 - Ley que estable los Derechos de la Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015 SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA. Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico denominado " Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA que aprueba la NST N°50-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento en Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA. Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud Gestión de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N.° 826-2021-MINSA, Aprobar las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"

5. Disposiciones generales

5.1 Definición de términos

- a) **Consentimiento Informado:** Es un procedimiento a través del cual, el paciente y/o su tutor legal, es informado respecto de todos los alcances del o los procedimientos, diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados, y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud el cual le ha sido explicado, con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.

Procedimientos: Actividades que se realizan con motivos de diagnosticar y tratar, que realiza el equipo de salud, y que tiene por objetivos la prevención, terapia o rehabilitación de un paciente.

6. Disposiciones específicas

6.1 Descripción del Procedimiento

6.1.1 ¿Cuándo se debe entregar la información al paciente?

El proceso del consentimiento, además de la firma de un formulario, se realiza ante cada intervención invasiva o de alto riesgo, que suponga la acción directa del personal de salud sobre los pacientes, ya sea de un procedimiento (exámenes), como de un tratamiento, o una intervención de mayor magnitud (cirugía).

Se busca una *situación adecuada* para evitar que el tutor legal del paciente se sienta desvalido y vulnerable.

Se responderá a las necesidades de información e inquietudes que el tutor legal del paciente manifieste durante la explicación del médico tratante sobre el diagnóstico, procedimiento o tratamiento a realizar.

Cuando el tutor legal del paciente está en contacto cotidiano con el médico tratante del menor en la hospitalización, o por un procedimiento ambulatorio; la entrega de información será diaria, y queda registrado en la Historia Clínica como un elemento más a considerar en dicho documento, mediante la firma de que recibió la información de su paciente.

La entrega de información toma el tiempo que el tutor legal del paciente logre comprender cabalmente la situación en la que se encuentra, los tratamientos que le ofrecen, las alternativas que tiene y los riesgos que corre el paciente.

6.1.2 ¿Quién debe entregar la información al paciente?

Para que se dé un adecuado consentimiento informado, la comunicación entre el médico con su equipo, o el profesional de la salud, y el tutor legal del paciente es fundamental.

El *profesional que va a ejecutar el o los procedimientos al paciente* es el que entrega la información y recibe el consentimiento informado del tutor legal del paciente.



El médico, o el profesional de la salud, se comunica con el tutor legal del paciente de la forma más sencilla y clara, posibilitando así, la comprensión del tutor legal del paciente para tomar una decisión.

6.1.3 ¿A quién se debe entregar la información?

La información deberá ser entregada en primera instancia al tutor legal del paciente. Si por algún motivo, el tutor legal del paciente tuviera alguna discapacidad que imposibilite la plena comprensión y recepción de información; el responsable de recibir como sustituto la información concerniente al procedimiento o intervención a la que será sometido el paciente, será:

1. La persona que firme la Tarjeta de Hospitalización;
2. Por el grado de parentesco, según el Código Civil, por orden de prelación.
 - a. Padres
 - b. Hermanos mayores de 18 años
 - c. El representante legal, tutor
 - d. Otros
3. En cualquiera de los dos casos, quien recabe y firme el consentimiento informado de un determinado procedimiento o intervención, firmará para todos los demás que el paciente tuviera que recibir como parte de su tratamiento. La no presencia desafortunada de la primera persona devendrá por excepción en cambio de la misma, considerando nuevamente la prelación 1, y 2.



6.1.4 ¿Cómo se debe entregar la información?

Aunque el médico haya entregado muchas veces información, se realizará como si fuera la primera vez que el paciente o el tutor legal del paciente la escuchan. Se ha de utilizar un lenguaje sencillo para que el paciente y el tutor legal del paciente, no resulte demasiado confuso.

De ser necesario usar términos complejos por la imposibilidad de expresarlos de otra forma, se explicarán a mayor detalle para que sean comprendidos adecuadamente.

Se invita al tutor legal del paciente a hacer preguntas, *manifestando la idea que la obtención del consentimiento se hace en función del tutor legal del paciente.*

6.1.5. ¿Qué información contiene el consentimiento informado?

En general es comúnmente aceptada la entrega de información que redunde en que el paciente y el tutor legal del paciente entienda la situación y estén dispuestos a tomar una decisión.

Para que ello sea posible, debe obtenerse la siguiente información:

- a. **Datos de identificación del paciente.** - Nombres, DNI
- b. **Declaración del paciente.** - El tutor legal del paciente manifiesta haber recibido la suficiente información sobre lo que consiste el procedimiento y/o tratamiento a la cual su paciente se va a someter.
- c. **Información del procedimiento.** - Es el detalle de lo que consiste el procedimiento/tratamiento que se le va a brindar al paciente y al tutor legal por parte del médico que lo realizará (Incluye los posibles riesgos).
- d. **Declaración de Consentimiento.** - Donde el tutor legal del paciente, expresamente, autoriza con suficiente detalle lo que se le va a practicar al menor como



procedimiento, así como, si fuera el caso, de ciertas condiciones por los motivos que fueren.

- e. **Declaraciones y firmas.** - Parte del CI donde el médico y el tutor legal del paciente, firman Autorizando de que se practique al paciente el procedimiento/intervención que previamente se le estableció. Mediante el cuadro adjunto se consigna la información según corresponda.

	Nombre y Apellidos	DNI	Sello	CMP	Firma	Huella	Otros (Parentesco, Hora y Fecha)
Médico	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Paciente	SI	SI (cuando exista)	NO	NO	NO	NO	SI
Familiar o Tutor	SI	SI	NO	NO	SI	SI (en absoluto para el iletrado)	SI

- f. **Revocación del CI.**- En todo momento, incluso hasta la víspera del procedimiento, se le da la opción al tutor legal del paciente de desistir de que se le efectúe el procedimiento, partiendo del principio de que el CI es un acto donde el tutor legal del paciente expresa libremente, sin coacción alguna, la decisión de que se le practique la intervención/procedimiento a su menor hijo que su médico tratante le ha establecido. Así como, el punto anterior, el tutor legal del paciente en esta parte del CI, debe consignar su **Firma, Fecha, DNI y Huella.**

Con toda esta información el tutor legal del paciente debe ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, a sus valores, a sus criterios de bien, con respeto a sus temores y esperanzas en relación con su menor hijo.

6.1.6. ¿Dónde realizar la entrega de información?

La información se brindará en las instalaciones Internas del Hospital de Emergencias Pediátricas, donde sea posible conversar con tranquilidad, sin interrupciones, en un ambiente que asegure la confidencialidad, donde el tutor legal del paciente se sienta con la libertad de tomar una decisión en conciencia para acceder o rechazar las propuestas. Al mismo tiempo, cada día que se vaya entregando información al tutor legal del paciente sobre la situación actual del enfermo, se deja constancia de este procedimiento en la historia clínica, de manera de incluir la entrega sistemática de información como parte esencial de la relación médico enfermo.

Para conseguir la firma del consentimiento (formulario) sólo se precisa que esto se haga donde el tutor legal del paciente lo estime conveniente. Lo que sí es fundamental es que el material escrito sea entregado con el tiempo suficiente para que pueda ser leído, discutido y aclarado, antes de solicitar su firma. Luego el documento deberá ser entregado al médico o profesional de la salud que llevó a efecto el proceso de consentimiento y éste deberá ser entregado a personal de enfermería que se hace cargo del paciente, quede así archivado en la historia clínica.

Los "consentimientos generales" demuestran una actitud aproximativa diferente, es decir, si bien no señalan con claridad la situación de *un* paciente en particular, sugieren un estilo que ofrece un marco de referencia para el paciente y/o su familia.



6.1.7. Rol de la Historia Clínica

La historia clínica es el lugar donde debe archivar el formulario del Consentimiento informado firmado por el tutor legal del paciente. Pero además es deseable que se convierta en el lugar donde se pone por escrito los datos cotidianos de la entrega de información.

6.1.8. Relación de procedimientos y tratamientos que requieren Consentimiento Informado.

El Hospital de Emergencias Pediátricas asegura de que todo el personal de Salud ha sido informado en lo relacionado al proceso de obtención del consentimiento.

Esta relación de los procedimientos y tratamientos se ve reflejada a través de un listado (ver Anexo 1) que se irá actualizando según se requiera.

6.1.9. Rechazo de un tratamiento o procedimiento

Si el proceso de obtención del consentimiento pretende ser significativo, el rechazo debe ser parte de las opciones del tutor legal de paciente. Si después de la discusión de los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, el tutor legal de paciente desea rechazar el tratamiento o procedimiento, debe quedar claramente especificado en la hoja de consentimiento. Hay que recordar que el tutor legal de paciente puede arrepentirse y cambiar de idea, en tal caso se le provee un nuevo formulario donde pueda manifestar su deseo de recibir el tratamiento propuesto.

Cuando el tutor legal de paciente rechaza una opción de tratamiento no significa que no desee continuar su atención, habrá que entregarle todo tratamiento en función de su cuidado general. Si la tardanza en iniciar un tratamiento eficaz le afectará su pronóstico debe ser señalado oportunamente a fin de que el tutor legal de paciente conozca exactamente la situación y los riesgos que corre de rechazar un tratamiento y luego arrepentirse. Esto debe ser realizado con la máxima precaución a fin de evitar presionar al tutor legal de paciente a optar por la alternativa propuesta.

El consentimiento Informado tiene límites, los tutores legales de los pacientes no pueden exigir al médico tomar decisiones que vayan contra su consciencia. Los médicos no tienen obligación de hacer cosas que dañen al paciente o que sean médicamente inútiles.

La persuasión es una buena herramienta a la hora de conseguir u obtener la decisión informada y cabalmente comprendida de la situación en que se encuentra el paciente. No pretende anular la autonomía del individuo. La argumentación debe ser leal y no estar sesgada por intereses ajenos al paciente.

6.1.10. Excepciones al Consentimiento informado

En principio es siempre imperativo obtener el consentimiento informado del tutor legal de paciente. Sin embargo, se prevén algunas excepciones al Consentimiento Informado:

- Situación de urgencia vital inmediata,
- Grave peligro para la salud pública.
- Incompetencia o incapacidad del tutor legal de paciente y ausencia de sustitutos legales.



7. Responsabilidad

La Dirección General será responsable de la difusión de la presente directiva a todos los servicios asistenciales del hospital.

Los jefes de los departamentos y servicios son los responsables de la implementación de los mecanismos establecidos para salvaguardar los derechos del usuario en relación con el derecho a la información y al consentimiento informado en el proceso de atención en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

La jefatura de Departamento Médico Quirúrgico, jefatura de Departamento de Emergencia, jefatura de Departamento de Atención al Paciente Crítico y la jefatura de Departamento Ayuda al Diagnóstico serán los responsables de la difusión de la presente directiva a todo su personal a cargo.

La jefatura del Departamento de Enfermería será responsable de la difusión de la presente directiva a todo su personal. (Enfermeras y Técnicos de los diferentes servicios del hospital).

El personal asistencial de los diferentes servicios son los responsables del cumplimiento de la presente directiva para cuidar la protección de los derechos del usuario en relación con el derecho a la información y al consentimiento informado.

8. Disposiciones Finales

El personal de enfermería será responsable de custodiar los consentimientos informados en todos los servicios asistenciales del Hospital de Emergencias Pediátricas.

En caso de pacientes pediátrica N.N y/o comatoso que requiera un procedimiento de Emergencia y no tiene ningún representante legal, se procederá a conseguir la firma de 3 testigos (de preferencia asistencial) y se informará a la fiscalía de turno. Asimismo, se registrará en la historia clínica del paciente la situación por la cual no se tiene el Consentimiento Informado con firma de los tutores legales.

9. ANEXO

Anexo N° 1 Lista de consentimientos informados

1. Consentimiento Informado para la Realización de Procedimientos Especiales con Administración de Sustancias de Contraste.
2. Consentimiento Informado de Salas de Observación.
3. Consentimiento Informado para la Realización de Procedimientos.
4. Consentimiento Informado de Hospitalización.
5. Consentimiento Informado de Tratamiento Quirúrgico Especializado.
6. Consentimiento Informado para Fibrobroncoscopia.
7. Consentimiento Informado del Receptor.
8. Consentimiento Informado del Donante.
9. Consentimiento Informado para Hospitalización en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.
10. Consentimiento Informado para el Traslado Asistido de Pacientes del HEP.
11. Consentimiento Informado de Anestesia
12. Consentimiento Informado para las Actividades de docencia durante la Atención de Salud.

Anexo N° 2 Estructura del Consentimiento Informado.

Es la Conformidad expresa del tutor legal del paciente cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consiente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención. El consentimiento informado deberá ser firmado por el tutor legal del paciente y el personal responsable de su atención.

Debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud
- Número de la historia clínica
- Fecha y hora
- Nombres y apellidos del paciente
- Nombre del procedimiento asistencial a realizar
- Descripción del procedimiento asistencial en términos sencillos, beneficios
- Procedimientos alternativos (opcional)
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento asistencial
- Efectos adversos de los usuarios a todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar durante el procedimiento.
- Pronóstico y recomendaciones posteriores al procedimiento.
- Nombres, apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de realizar el procedimiento asistencial.
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el tutor legal del paciente, consignando nombre y apellidos, DNI, firma, y huella digital (obligatorio en caso iletrados).
- Consignar un espacio para caso de negativa o revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del tutor legal, de ser el caso.

Para la elaboración de los consentimientos informados deberá ceñirse al modelo del Formato de Consentimiento Informado institucional el cual contiene todos los ítems señalados líneas arriba.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
CON ADMINISTRACION DE SUSTANCIA DE CONTRASTE**

Yo, Identificado con
DNI como madre (), padre () o representante legal (), del paciente
..... con Historia
Clínica N°

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr. y/o licenciado
en entrevista personal realizada el día a horas, que es necesario de acuerdo a
prescripción del médico tratante que a mi menor hijo(a) / representado(a) se le realice el siguiente procedimiento.

DIAGNÓSTICO:

- () Tomografía Espiral Multicorte de
() Otros

Por ser necesario para un adecuado diagnóstico y/o tratamiento.

Que he recibido explicaciones de la naturaleza y propósito del procedimiento así mismo los beneficios y riesgos del mismo siendo las complicaciones más frecuentes:

- Reacción alérgica cutánea (eritema).
- Náuseas y vómitos.

Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones referidas al procedimiento médico en
mención, **Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO**, para que se realice el procedimiento en mi hijo.
Y para que conste firma el presente documento.

La Victoria, a las horas del de del



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, cuya
firma, huella digital y dato de identidad figuran en el presente Consentimiento Informado de Administración de
Sustancia de Contraste, en pleno uso de mis facultades mentales dejo sin efecto el Consentimiento otorgado para la
realización del Estudio Radiológico con Administración de Sustancias de Contraste.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P



La Victoria, a las horas del de del

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS

Yo, identificado con DNI Como madre () , padre () / representante legal () , del (la) paciente: con Historia Clínica N° Expreso que he sido informado por el (ella) doctor(a): Del motivo por el que mi hijo(a) ingresa al Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, de las técnicas que puede ser necesario aplicarle y de los riesgos que pueden derivarse de las mismas. Siendo el Diagnóstico de mi hijo(a) / representado(a)

Y el tratamiento propuesto es

Los estudios y procedimientos diagnósticos al momento de la hospitalización son

También me han informado de las consecuencias del no tratamiento

Comprendo el contenido de este documento, He recibido la información suplementaria solicitada y acepto la puesta en práctica de las medidas necesarias.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria luego de haber escuchado la información y explicaciones del Médico tratante sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él o ellos, ni por ningún otro personal de salud, otorgo mi consentimiento para la hospitalización en el Servicio de Terapia Intensiva de mi menor hijo (a)/ representado (a).

He sido informado que en cualquier momento de la evolución de la enfermedad de mi hijo (a) podré reconsiderar esta decisión, lo cual haré constar en la historia clínica.

La Victoria, a las horas del de del

(Huella Digital)

Firma del Familiar o representante legal
DNI:

Firma y Sello del Médico
C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.

(Huella Digital)

Firma del Familiar o representante legal
DNI:

Firma y Sello del Médico
C.M.P

La Victoria, a las horas del de del.....



HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Yo, identificado con DNI Como madre (), padre () / representante legal (), del (la) paciente con Historia Clínica N°

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr en entrevista personal realizada el día a horas, que es necesario que a mi menor hijo(a) / representado(a) se le realice el siguiente procedimiento:

- () Colocación de catéter venoso central.
() Colocación de Catéter arterial
() Punción Lumbar
() Punción ventricular
() Punción Pleural
() Drenaje Pleural
() Otros.....

Por ser necesario para un adecuado diagnóstico y/o tratamiento.

Que he recibido explicaciones de la naturaleza y propósito del procedimiento así mismo los beneficios y riesgos del mismo siendo las complicaciones más frecuentes

Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones referidas al procedimiento médico en mención, Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para que se realice el procedimiento en mi hijo, y para que conste firma el presente documento.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P



La Victoria, a las horas del dedel.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SALA DE OBSERVACIÓN

Yo, identificado con D.N.I. (otros)
N° Padre () / Madre () / Representante () del (la) menor ...
..... con Historia Clínica N°
quien ha sido atendido en el Servicio de Emergencias y Urgencias, y en conversación con el Dr
..... Médico del Hospital de Emergencias
Pediátricas se me ha informado ampliamente acerca de la enfermedad, los estudios y tratamiento que
requiere mi hijo(a).

Mi hijo(a) / representado(a) padece de

CIE-10:
y el tratamiento propuesto es

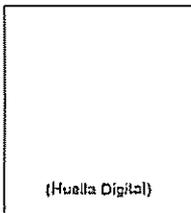
y los estudios diagnósticos son:

He sido Informado además que el periodo de observación es como máximo de 12 horas, luego del cual se
decidirá si mi hijo puede ser dado de alta o requerirá ser hospitalizado o ser transferido. También se me ha
informado sobre las consecuencias de no tratamiento

He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuesta
que considero suficientes y aceptables.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria luego de haber escuchado la información y explicaciones del
médico tratante sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él o ellos, ni por
ningún otro personal de salud, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA OBSERVACION DE MENOR
HIJO/REPRESENTADO.**

La Victoria, a las horas del de del

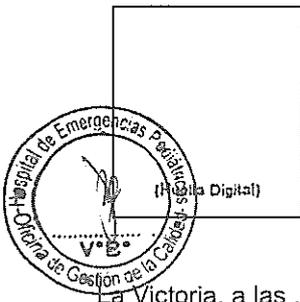


.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P.

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, cuya
firma, huella digital y datos de identidad figuran en el presente Consentimiento informado, en pleno uso de mis
facultades mentales, dejó sin efecto el consentimiento otorgado para el ingreso de mi menor hijo a la Sala de
Observación, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P.

La Victoria, a las horas del de del

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN

Yo, identificado con
D.N.I. (otros) Padre () / Madre () / Representante () del (la) menor
..... con Historia Clínica N° He tenido
una reunión con el (la) Dr.(a) Médico del
Hospital de Emergencias Pediátricas, donde han atendido a mi hijo(a) / representado(a) y me han Informado
ampliamente. acerca de la enfermedad, los estudios y el tratamiento que requiere.

Mi hijo(a) / representado(a) padece de

CIE-10 :
y el tratamiento propuesto es

y los estudios diagnósticos al momento de la hospitalización son

Me han informado de los riesgos de la hospitalización, así como las ventajas y los beneficios que mi hijo(a) /
representado(a) va a obtener; así también se me ha informado de las consecuencias del no tratamiento:

He realizado las preguntas que considere oportuna, todas las cuales han sido absueltas con respuestas que
considera suficientes y aceptables.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la Información y explicaciones del (la) Médico
tratante, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él, ni por ningún otro personal
de salud, otorgo mi consentimiento para la hospitalización de mi menor hijo(a) / representado(a).

La Victoria, a las horas del de del



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, cuya
firma, huella digital y datos de identidad figuran en el presente Consentimiento informado, en pleno uso de mis
facultades mentales, dejé sin efecto el consentimiento otorgado para el ingreso de mi menor hijo al Servicio de
Hospitalización, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P



La Victoria, a las horas del de del

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIALIZADO

En cumplimiento de la Ley General de Salud, para satisfacción de los derechos del, paciente:

Yo, Don/Doña identificado con DNI como madre (), padre () o representante legal () del (la) paciente con Historia Clínica N° en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

DECLARO: Que he sido debidamente INFORMADO(A) por el (la) Dr.(a) CMP en entrevista personal realizada el día; sobre el estado de salud de mi hijo(a) / representado(a), quien tiene el Diagnóstico de

Así como, acerca de los estudios y tratamientos que requiere y que es necesario que se realice la Intervención Quirúrgica o Procedimiento denominado:

Además, he recibido información completa y suficiente sobre la naturaleza y propósito del tratamiento en mención, de sus beneficios, de las alternativas y así como de los recursos con que cuenta el Hospital de Emergencias Pediátricas para su realización. Así mismo, se me ha explicado que las principales complicaciones del mencionado tratamiento son los siguientes:

Habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto con el médico tratante, por ello eximo de responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a este tratamiento, y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ello.

Manifiesto: Que he entendido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso de tratamiento quirúrgico citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que reciba el tratamiento quirúrgico denominado

Entiendo además que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo

La Victoria, a las horas del de del



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P



La Victoria, a las horas del de del

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FIBROBRONCOSCOPIA

Yo, identificado
con D.N.I. madre (), padre () / representante legal (), del (la) menor:
..... Historia Clínica
N'.....

Autorizo a los Médicos Neumólogos del Hospital de Emergencias Pediátricas a:
Le sea practicado el procedimiento que a continuación se señala:
FIBROBRONCOSCOPIA (véase información página anterior)
Quedando el que firma esta autorización expresamente informada de los posibles riesgos que pudiera
derivarse de la aplicación de dicho procedimiento.
De la misma forma declaro que he quedado satisfecho de la información recibida, habiendo solicitado
SI/NO información adicional, y que se me ha explicado la posibilidad de revocar mi consentimiento.

La Victoria, a las horas del de del



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P.

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo con
DNI, en pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado para
FIBROBRONCOSCOPIA, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....
Firma del Familiar o representante legal
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico
C.M.P.

La Victoria, a las horas del de del



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO ASISTIDO DE PACIENTES DEL HEP

El traslado se realiza en una ambulancia equipada, el paciente, según se requiera, va acompañado, según la gravedad y el nivel de prioridad del caso, por un médico, una enfermera, un técnico en emergencias, un conductor y un familiar. Dispone del material y medicación necesarios para mantener las funciones vitales del paciente en situaciones críticas como son: alteración del ritmo del corazón, presión arterial, respiración, inconsciencia o traumatismos. Antes de ingresar el paciente a la ambulancia se aplicarán en el hospital los procedimientos y el tratamiento necesarios para su mayor estabilización posible.

Durante el traslado pueden surgir complicaciones que conlleven a detener la ambulancia momentáneamente hasta que éstas se solucionen mediante las técnicas y/o tratamiento que sean necesarios. Aunque la conducción se hace acorde a la patología del paciente, existen unos riesgos debidos al propio transporte (vibraciones, aceleración-desaceleración, accidente, avería, etc.) los cuales podrían determinar modificaciones en su enfermedad.

He comprendido lo que se me ha explicado; doy mi consentimiento y autorizo al equipo correspondiente para llevar a cabo el traslado y efectuar los procedimientos terapéuticos que se consideren indicados, Sé también que puedo retractarme de la firma de este consentimiento previo al traslado, haciendo mención expresa de ello y firmando al lado de la firma de consentimiento.

Yo identificado con DNI.....

Domiciliado en Padre (), Madre (), Apoderado ()

o Representante Legal () del Menor

..... Historia Clínica N°

Declaro que en entrevista personal realizada el día a las horas, el

Doctor.....; me ha explicado que es necesario que a

mi menor Hijo, se le realice el transporte asistido para para efectuar los según se indica:

.....

.....

(Antes de firmar este documento, solicite cualquier aclaración adicional que desee).

La Victoria, a las horas del dedel.....



.....

Firma del Familiar o representante legal

DNI:

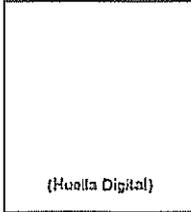
.....

Firma y Sello del Médico

C.M.P

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo cuya firma, huella digital y datos de identidad figuran en el presente Consentimiento Informado de Transporte Asistido de Pacientes, en pleno uso de mis facultades mentales, dejó sin efecto el consentimiento otorgado para su realización, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



.....

Firma del Familiar o representante legal

DNI:

.....

Firma y Sello del Médico

C.M.P



La Victoria, a las horas del dedel.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Apellidos y Nombres del paciente _____
DNI N° _____ Edad _____ Sexo _____ Historia Clínica N° _____
Diagnóstico: _____

Yo _____ De _____ años de edad, identificado (a)
con DNI () Carne de extranjería (), Pasaporte () N' _____ en calidad de Madre (), Padre (), o
representante legal del (la) paciente.

En pleno uso de mis facultades mentales y de libre voluntad declaro:
Que el/la Médico Anestesiólogo _____ con CMP N°
_____ y R.N.E N° _____

En entrevista realizada, me ha informado de manera clara y oportuna:
Que debido al diagnóstico de mi menor hijo y/o representado legal, para poder realizar la cirugía o procedimiento es necesario
que se realice el procedimiento anestesiológico.

El cual consiste en administrar anestesia general balanceada (), inhalatoria (), endovenosa () u otros

Que la anestesia es un procedimiento Imprescindible para realizar una operación o determinadas pruebas diagnósticas sin
dolor.

Que todo acto todo acto anestésico puede llevar consigo una serie de riesgos y complicaciones que pueden requerir
tratamientos asociados, médicos o quirúrgicos que aumenten su estancia hospitalaria; por lo que se tomaran las medidas y
precauciones para reducirlas.

Los posibles riesgos y complicaciones son: Laringoespasma, Broncoespasma, Broncoaspiración, Arritmias, Hipoxia, Paro
Cardiaco, Muerte y otros _____

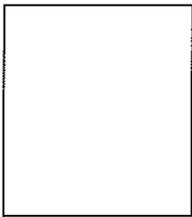
Dichas complicaciones se derivan directamente de la propia técnica anestésica, del tipo de cirugía, del estado de salud previo
del paciente, de los tratamientos que está tomando o de la suspensión de estos tratamientos, de las posibles alteraciones
anatómicas o de la utilización de equipos médicos.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca del acto anestesiológico y de formas alternativas
de tratamiento, así como de los riesgos del uso de los anestésicos.

Por lo cual **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para el uso de los anestésicos necesarios en el procedimiento médico-
quirúrgico.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, así
mismo se me ha informado que puedo revocar el consentimiento de la Anestesia.

La Victoria, a las _____ horas del _____ de _____ del _____



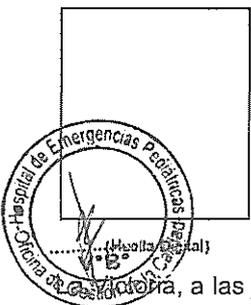
(Huella Digital)

Firma del Familiar o representante legal
DNI: _____

Firma y Sello del Médico
CMP N° _____ RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, cuya firma, huella digital y datos de identidad figuran en el
presente Consentimiento Informado de Anestesia, en pleno uso de mis facultades mentales dejo sin efecto el consentimiento
otorgado para la realización de la Anestesia, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



Firma del Familiar o representante legal
DNI: _____

Firma y Sello del Médico
CMP N° _____ RNE N° _____

La Victoria, a las _____ horas del _____ de _____ del _____



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

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

Señor (a) _____ : 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 estudiantes, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que su hijo (a) / representado (a) tiene; solo observaran, tal vez podrán entrevistarlo (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 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 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 mención.

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 afectara la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Victoria de de Hora:

Yo, con DNI. N° Padre () / Madre () / Representante () del (la) menor con Historia Clínica N° declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante su 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 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 de! 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 familiar o representante legal

D.N.I _____

Firma o huella digital del familiar o representante legal

D.N.I _____

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Firma o huella digital del familiar o representante legal

D.N.I _____

Firma o huella digital del familiar o representante legal

D.N.I _____



La Victoria, de de

INFORMACIÓN DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

La transfusión sanguínea es un recurso terapéutico que se considera como si fuera un trasplante, con indicaciones específicas para su uso. Con la sangre o sus componentes podemos lograr una recuperación rápida de los niveles de hemoglobina, factores de coagulación, plaquetas, etc., pero existe el riesgo de transmitir enfermedades. Por esta razón antes de indicarle una transfusión su médico tratante ha considerado también ese riesgo. La sangre disponible para su transfusión ha sido extraída de un donante al que se ha interrogado sobre su estado de salud y encontrado sano. Además, esta sangre ha sido estudiado y es negativa para:

1. Anticuerpos para sífilis
2. Antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg)
3. Anti core de hepatitis B (HBC)
4. Anticuerpo de hepatitis C (HVC)
5. Anticuerpo para HTLV I y II
6. Anticuerpos para el virus del sida (VIH 1 y 2)
7. Anticuerpos para el tripanosoma cruzi (Chagas)

Estos exámenes han sido realizados con los reactivos de alta calidad comprobada existentes en la actualidad a pesar de esto, existe la posibilidad de que no se detecte una de estas enfermedades estudiadas, debido al hecho de que, al inicio de toda enfermedad, esta no puede detectarse por ningún examen de laboratorio. Esta posibilidad es baja - menos del 1% -, pero existe y usted debe saberlo. Es por este motivo que deseamos que toda donación sea voluntaria, cuando le sea indicada transfusión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

FECHA: _____

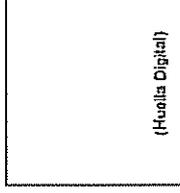
I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellido:			
Edad	AMD	Sexo: M F	N° HC:
Servicio:		Cama:	

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, concedo autorización para que se le transfunda cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes a mi hijo / familiar / representado. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos.

También he tenido la oportunidad de negarme a esta transfusión. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del sida, hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma, entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ello.



Firma del Familiar o representante legal

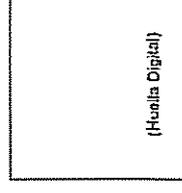
DNI: _____

Firmay sello del médico

DNI: _____

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.



Firma del Familiar o representante legal

DNI: _____

Firmay sello del médico

DNI: _____

La Victoria, a las horas del de del.....

