



HOSPITAL  
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 112-05/2023-DE-HCLLH/MINSA



## Resolución Directoral

Puente Piedra, 29 de Mayo del 2023

### VISTO:

El Memorándum N° 095-03/2023-DGO-HCLLH/MINSA; Informe N° 010-03-2023-AAM-UGC-HCLLH/MINSA; Nota Informativa N° 296-04-2023-UGC-HCLLH/MINSA; Informe N° 0152-2023-AJ-HCLLH/MINSA, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo II de Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; asimismo, el artículo VI señala en su primer párrafo que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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, el artículo 4° de la acotada norma dispone que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo";

Que, mediante Ley N° 29414, se modifica el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, estableciendo en el numeral 15.4 inciso a) lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de la 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, el artículo 23° de la norma acotada, indica que toda persona tienen 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 circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del 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 la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes. En el caso de personas capaces que no supiesen 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, asimismo la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, preceptúa que el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el



paciente esta imposibilitado de hacerlo, con respecto a una atención médica, que puede ser quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntario y consciente luego que el profesional de la salud le haya informado respecto del procedimiento y los riesgos que ello acarrea y los posibles efectos colaterales y los beneficios de los mismos, el mismo que debe ser suscrito por el paciente o su representante legal autorizando dicho procedimiento;



Que, mediante Memorandum N° 095-03/2023-DGO-HCLLH/MINSA, el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia se dirige al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, solicitando la revisión y aprobación del Formato de Consentimiento Informado para Biopsia de Mama – Unidad de Displasia, ya que a la fecha no se cuenta con formato alguno de consentimiento exclusivo;

Que, mediante Informe N° 010-03-2023-AAM-UGC-HCLLH/MINSA de fecha 27 de marzo del 2023, dirigido por el representante de Auditoría Médica del HCLLH al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad de HCLLH, señala que habiendo revisado el contenido de los consentimientos de procedimientos anestésicos para procedimientos quirúrgicos, otorga Opinión Favorable al formato de consentimiento informado para biopsia de mama a aplicarse en el HCLLH;

Que, mediante la Nota Informativa N° 296-04-2023-UGC-HCLLH/MINSA, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección Ejecutiva del HCLLH la aprobación con Resolución Directoral del Formato de Consentimiento Informado para Biopsia de Mama elaborado por el Departamento de Ginecología y Obstetricia, adjuntando la Opinión Favorable otorgada por el representante de Auditoría Médica el HCLLH;

Que, mediante Informe N° 0152-2023-AJ-HCLLH/MINSA emitido por Asesoría Legal se advierte que el Formato de Consentimiento Informado para Biopsia de Mama elaborado por el Departamento de Ginecología y Obstetricia, cumple con los parametros legales establecidos en la normativa especializada correspondiente y cuenta con la Opinión Favorable del área técnica especializada, recomendando la aprobación de dicho formato mediante acto resolutivo respectivo;

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8, literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, y la Resolución Ministerial N° 825-2022 de fecha 14 de Octubre del 2022, que designa al MC José Antonio Mendoza Rojas las funciones de Director del Hospital II de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Con las visaciones del Jefe de la Unidad de Gestión de Calidad, Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y Asesoría Legal del Hospital Lanfranco La Hoz;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.** - **APROBAR** el Formato de Consentimiento Informado para Biopsia de Mama del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz", por las consideraciones expuestas en la parte considerativa.

**Artículo 2°.** - **DISPONER** la notificación la presente Resolución a las áreas competentes de la entidad de acuerdo a las formalidades contempladas por ley.

**Artículo 3°.** - **ENCARGAR** al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente resolución en el Portal institucional.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Ministerio de Salud  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
Dr. José Antonio Mendoza Rojas  
CMP 30059 RNE 31673  
Director Ejecutivo

#### JAMR/DGAG DISTRIBUCIÓN

- Unidad de Gestión de la Calidad
- Departamento de Ginecología y Obstetricia
- Oficina de Asesoría Legal
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE MAMA**

**(Modelo tentativo amigable)**

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado una lesión/tumor en la mama, que puede estar relacionada con el desarrollo del cáncer. Para tener un diagnóstico certero, el médico especialista, debe realizar el procedimiento de BIOPSIA:

- ( ) Por punción
- ( ) Por punción y guía ecográfica
- ( ) A cielo abierto

Este procedimiento requiere de anestesia (local u otro según valoración del especialista).

La BIOPSIA es un procedimiento invasivo, que previa anestesia, se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis por un/una médico/a especialista en Anatomía Patológica.

Complicaciones más significativas: equimosis, hematomas, infecciones locales, neumotórax, muestra insuficiente.

Declaración: Yo, .....  
 acepto de forma voluntaria el procedimiento de biopsia de mama .....  
 sin ninguna presión u obligación.

Declaro que he entendido todo lo explicado en relación a la biopsia de mama, he podido realizar las preguntas necesarias y se me ha entregado material informativo e indicaciones para el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la usuaria  
 DNI:



\_\_\_\_\_  
 Firma y sello de médico responsable  
 de la atención

\_\_\_\_\_  
 Firma de testigo (personal de salud o familiar)  
 DNI:

Lugar y fecha:.....

REVOCATORIA:

Yo, ..... en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, me niego a que se me realice el procedimiento de biopsia de mama.

PERU Ministerio de Salud Hospital Carlos Lanfranco La Hoz  
**Dr. Salvador Dedios Fernandez**  
 MEDICO GINECOLOGO - OBSTETRA  
 CMP: 22135 - RNE: 13674

RODOLFO COSTO  
 HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
 OBSTETRA





DIRECTIVA SANITARIA N° 085-MINSA-2019-DGIESP  
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE LA DETECCIÓN  
TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LESIONES PREMALIGNAS INCLUYENDO CARCINOMA IN SITU

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA**

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado un virus / lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del Cáncer. Para tener un diagnóstico certero, se debe realizar el procedimiento de BIOPSIA, el cual es sencillo y no necesito de anestesia.

La BIOPSIA, es el procedimiento que se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis por un patólogo. Es posible que el patólogo estudie el tejido con un microscopio o realice otras pruebas con las células o el tejido.

Luego del procedimiento, durante una semana no debo de tener relaciones sexuales.

Usted tiene el derecho de hacer las preguntas sobre lo mencionado a su médica/o tratante, pudiendo negarse al procedimiento.

Después de haberme explicado, y realizar las preguntas a la/el Médica/o tratante, y en pleno uso de mis facultades ACEPTO el procedimiento de BIOPSIA, conociendo los riesgos y beneficios:

Por lo tanto, deslindo de toda responsabilidad a la/el médica/o que me está brindando dicha atención.

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma voluntaria el procedimiento de BIOPSIA, sin ninguna presión u obligación.

Firma del Paciente  
D.N.I

Firma y sello de la/el Médica/o responsable de  
la atención

Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud)  
DNI:

Lugar y fecha: ..... de ..... del 20...

Fecha de próxima cita: .....

Se niega al procedimiento: .....

