



Resolución Directoral

Cerro de Pasco, 13 de Mayo del 2025.

VISTO:

Memorando N° 794-2025-DG-HDAC-PASCO, de fecha 29 de abril de 2025, suscrito por el Director General; Informe N° 110-2025/J-SERV.U.C.I./H.R.D.A.C.G., de fecha 28 de abril de 2025, suscrito por la Jefa del Servicio de UCI, y demás actuados;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece en el numeral VI del título preliminar que "Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"; en ese mismo orden de ideas el artículo 123° de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expida el Ministerio de Salud, siendo de observación obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, los literales a) y b) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, y modificado por la Ley N° 30895, señala que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, mediante artículo 4° de la Ley General de Salud, 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 la 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 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. Quedan exceptuadas del consentimiento





Resolución Directoral

informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública;

Que, en atención al Informe Nº 110-2025/J.SERV.U.C.I./H.R.D.A.C.G., de fecha 28 de abril de 2025, mediante Memorando Nº 794-2025-DG-HDAC-PASCO, de fecha 29 de abril de 2025, el Director General dispone proyectar Resolución Directoral de aprobación del formato "Consentimiento Informado para Procedimientos Médicos";

Que, de conformidad a todo lo expuesto y estando mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 360-2023-G.R.P./GOB, de fecha 31 de mayo del 2023, suscrito por Gobernación Regional, resuelve designar al Médico Cirujano Cristhian Paul CARDOSO RODRIGUEZ como director de esta representada, para que en sus funciones inherentes pueda emitir resoluciones directorales.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, el Formato de "Consentimiento Informado para Procedimientos Médicos", del Hospital Regional Daniel A. Carrión.

ARTÍCULO SEGUNDO: DISPONER, que la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente resolución en la página web del Hospital Regional Daniel A. Carrión.

ARTÍCULO TERCERO: NOTIFICAR, la presente resolución a la Dirección General, Jefatura del Servicio de UCI, y demás órganos competentes del Hospital Regional Daniel A. Carrión.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



GOBIERNO REGIONAL DE PASCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO
HOSPITAL REGIONAL DR. DANIEL
ALCIDES CARRION GARCIA PASCO

Dr. Cristhian Paul CARDOSO RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL
CMP 58114 - RNE 41181



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

HOSPITAL: SIS:.....

Yo,.....; identificado(a) con DNI/Pasaporte N°....., en mi condición de paciente(Padre, Madre, Representante legal del (de la) paciente)con Historia Clínica N°..... autorizo al (los) medico(s): Dr. (a):..... y Dr. (a)..... a practicar el procedimiento médico siguiente: Que consiste en :

- 1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias: de no recibir ningún tratamiento.
3. También "Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico -como: infarto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad, o imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considera suficientes y aceptables.
5. También entiendo que, durante el curso del presente procedimiento médico - quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) medico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En merito a ello, autorizado no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico que seré(a) sometido(a) mi representado(a) he procedido a suscribir de puño y letra las cinco (05) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento informado.

Fecha: día....., mes: año: Hora: am/pm.

MEDICO : PACIENTE:.....
CMP:..... DNI:.....
RNE:..... FIRMA:.....

FAMILIAR:.....
PARENTESCO:.....
DNI:.....
FIRMA:.....