



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 09 de Marzo del 2021.

VISTOS:

El Expediente Administrativo N° 20-008513-001, sobre la Aprobación del Formato de Consentimiento Informado, conteniendo el INFORME N° 140-2020-INCN-DENC, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía, el ACTA 26.1.2021 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS, del Comité de Historias Clínicas, el INFORME N° 03-2021-CHC-INCN del Presidente del Comité de Historias Clínicas, y el INFORME N° 138-2021-OAJ/INCN, de la Jefa de la Oficina Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en sus artículos II y VI del Título Preliminar dispone que la protección de la salud es de interés público y es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo de 2018 se aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual establece que el Comité Institucional de Historias Clínicas tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;

Que, mediante el INFORME N° 140-2020-INCN-DENC, de fecha 30 de setiembre de 2020, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía hace llegar a la Dirección General el Nuevo FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS para su respectiva revisión y aprobación;

Que, se advierte del Expediente Administrativo materia de analisis, el ACTA 26.1.2021 -COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS, que contiene como agenda lo siguiente: 1. Aprobación de consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos. 2. Revisión de solicitudes de aprobación de documentos: Consentimiento Informado



Emergencia y Norma de procedimientos de entrada y salida de HC enviado por la Oficina de Estadística e Informática;

Que, el Comité de Historias Clínicas, según consta en Acta, arribó a los siguientes acuerdos: "1. Enviar vía electrónica documentos escaneados de formatos de consentimiento informado de emergencia; 2. Enviar vía electrónica lo enviado por la Oficina de estadística sobre procedimientos de entrada y salida de HC en el INCN; 3. Ambos documentos deberán ser leídos y se enviara las observaciones vía correo o WhatsApp para registrarse y elevar el documento correspondiente para su aprobación con plazo para el día 9 de febrero 2021;

Que, mediante INFORME N° 03-2021-CHC-INCN, de fecha 16 de febrero de 2021, el Presidente del Comité de Historias Clínicas remite a la Dirección General todos los actuados y solicita la emisión de la resolución que apruebe el formato de consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos.

Que, el Consentimiento informado, es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal 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 consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, estando a lo propuesto y solicitado mediante el INFORME N° 03-2021-CHC-INCN del Presidente del Comité de Historias Clínicas, es conveniente aprobar la propuesta de Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos Quirúrgicos, el mismo que deberá ser incluido y formar parte integrante de la Historia Clínica del paciente, bajo el concepto que la historia clínica es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos;

Con la opinión favorable de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones del Presidente Comité de Historias Clínicas, del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía y de la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

De conformidad con lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 –Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Ley N° 26842 – Ley General de Salud, Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y la Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 09 de Marzo del 2021.

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos Quirúrgicos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución en dos (2) folios, debiendo ser incluido y formar parte integrante de la Historia Clínica del Paciente conforme a la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo de 2018.

Artículo Segundo.- ENCARGAR al Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, el monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento e implementación de la presente Resolución.

Artículo Tercero. - DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en la página web institucional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, conforme a las normas de la Ley de Transparencia y Acceso al Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

Med. Cir. Esp. RAFAEL JOSÉ SUAREZ REYES
Director del Instituto Especializado(s)

RJSR/EFAP/RFT/clbv.



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Yo:de.....años de edad, con documento de identificación N°: , e Historia clínica N°..... y, Yo: de..... años de edad, con documento de identificación: en calidad de RESPONSABLE del(la) paciente....., hospitalizado en la Sala , cama N°....., del INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS, en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente y/o representante legal/tutor/familiar más cercano en vínculo de este, manifiesto que;

He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la enfermedad que padezco, cuyo diagnóstico es..... para lo cual requiero de un tratamiento quirúrgico denominado..... que consiste en

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que podría obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias; de no recibir ningún tratamiento.



R. FERNÁNDEZ

Además se me ha informado que tanto el procedimiento quirúrgico propuesto como todas las alternativas de tratamiento quirúrgico llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos o complicaciones, potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte y que de manera general incluyen: úlcera por estrés o por medicamentos, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, fracaso respiratorio agudo, fallo cardíaco, infección urinaria, infección de herida superficial o profunda, hemorragia postquirúrgica, lesión neurológica definitiva o transitoria, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, etc.



R. SUÁREZ

En mi caso en particular los riesgos potenciales y/o reales específicos son:

También entiendo que durante el curso del presente procedimiento quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico (s), debería realizarse una extensión o



F. AQUINO P.

www.incn.gob.pe

Jr. Ancash 1271
Barrios Altos
Lima - Perú
Telf.: (511) 4117700



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.

Asimismo se me ha explicado sobre el Pronóstico de mi enfermedad y recomendaciones posteriores a la intervención quirúrgica y que la realización de todo procedimiento quirúrgico supone necesariamente un periodo de recuperación, en general variable conforme al tratamiento realizado y, en particular, dependiente de las características propias de cada individuo y su evolución y capacidad de recuperación.

En tal sentido,

DECLARO estar consciente de la información recibida y en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida, **AUTORIZO** a los Médicos Neurocirujanos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas la realización del procedimiento quirúrgico al que seré sometido (a):..... y procedo a firmar el presente **CONSENTIMIENTO INFORMADO**.

PACIENTE Ó FAMILIAR RESPONSABLE

FAMILIAR Ó RESPONSABLE

MEDICO NEUROCIRUJANO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Revoco el consentimiento en fecha de del 20..... *no deseo proseguir con el procedimiento indicado y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.*, y que doy con esta fecha por finalizado

Fecha: día _____, mes. _____ año: _____ Hora: _____



R. FERNÁNDEZ

Firma del Paciente/ Padre / Madre / Representante Legal
DNI N°



R. SUÁREZ



F. AQUINO P.



www.incn.gob.pe

Jr. Ancash 1271
Barrios Altos
Lima - Perú
Telf.: (511) 4117700