

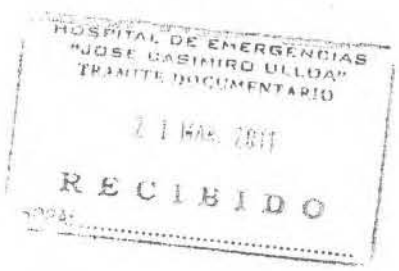
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Nº 068-2011-DC-HEJCU



# Resolución Directoral

Lima, 02 de MARZO del 2011



### VISTO:

El Expediente Nº 10-006382-001, que contiene el Informe Nº 068-DC-HEJCU-2010, emitido por el Presidente del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud; y,

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842- Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla y promoverla.

Que el Artículo 105º de la citada Ley señala que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivados de elementos, factores y agentes ambientales.

Que, con Resolución Ministerial Nº 826-2005/MINSA, se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, teniendo como finalidad ordenar la función de regulación que cumplen las Direcciones Generales, Oficina y Organismos Públicos Descentralizados del Ministerio de Salud para la formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, mejorando el uso de los recursos involucrados en los procedimientos que siguen para tal fin.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA, se aprobó la NT Nº 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud a través de una adecuada gestión de las Historias Clínicas; así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de los establecimientos del Sector Salud.

Que, mediante Informe Nº 068-DC-HEJCU-2010, emitido por el Presidente del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, remite a la Dirección General del Hospital, el Proyecto de Directiva Técnica sobre Gestión de Historias Clínicas en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", elaborado para su evaluación y su posterior aprobación.


Que, con Informe Nº 011-2011-OEPP-EOP-HEJCU la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto en cumplimiento de sus funciones establecidas, emite su opinión técnica favorable del Proyecto de Directiva Técnica sobre Gestión de Historias Clínicas en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", por lo que considera procedente su aprobación mediante la Resolución Directoral.

Estando a lo propuesto.

Contando con las visaciones, del Presidente del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, la Sub-Dirección General, la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y la Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

En aplicación a lo establecido en la Ley Nº 26842- Ley General de Salud, Resolución Ministerial Nº 826-2005/MINSA y Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA.






De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA.

En uso de las facultades conferidas.

**SE RESUELVE:**



**Artículo Primero.-** Aprobar la Directiva N° 002-2011-DG-HEJCU, sobre Gestión de Historias Clínicas en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", que en anexo forma parte de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** Encargar al Presidente del Comité de Historias Clínicas la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento de la citada Directiva Técnica sobre Gestión de Historias Clínicas en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".



**Artículo Tercero.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional.

**Regístrese, Comuníquese y Cúmplase**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
JOSÉ CASIMIRO ULLOA

*Diego E. Escudero Vidal*  
Diego Escudero Vidal  
Director General  
C.M. P. N. T. S. R. D. E. N. P. S. T.

SEEV/OBG/IVDI/CMV/oemm  
C.c.: Sub-Dirección General  
Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto  
Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud  
Of. de Asesoría Jurídica  
Of. de Comunicaciones.  
OCI  
Archivo

## DIRECTIVA N° 0022011-DG-HEJCU

### “DIRECTIVA TÉCNICA SOBRE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”

#### I. FINALIDAD:

La presente Directiva tiene por finalidad mejorar la calidad de atención al usuario garantizando la continuidad de la prestación y la eficacia de los procesos administrativos relacionados.

#### II. OBJETIVO:

Establecer los criterios básicos para el correcto llenado de los Registros Clínicos (Historias Clínicas, Recetas, Reportes, Cuadernos de Registros).

#### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Esta Directiva es de observancia obligatoria en todos los servicios asistenciales por parte del personal médico, de enfermería y técnicos en enfermería que realice registros relacionados a la atención de pacientes.

#### IV. BASE LEGAL:

- ❖ Ley N° 26842- Ley General de Salud.
- ❖ Resolución Ministerial N° 826 -2005/MINSA, que aprueba las Normas Técnicas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA
- ❖ Ley N° 27269- Ley de Firmas y de Certificados Digitales.
- ❖ Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprobó las identificaciones estándar de datos en Salud
- ❖ Resolución Ministerial N° 0597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V 02- Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ❖ Resolución Ministerial N° 0686—2008/MINSA, modificatoria de la NT 022-MINSA-DGSP-V 02- Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica, Epicrisis, Informe de Alta y Consentimiento Informado.
- ❖ Resolución Ministerial N° 386—2006/MINSA que aprueba NT N° 042 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- ❖ Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, 2010

#### V. DISPOSICIONES GENERALES:

La gestión de las Historias clínicas en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” se realiza en estricto cumplimiento de lo establecido en la presente Directiva Técnica debiendo garantizarse el logro de los objetivos institucionales en correspondencia con los lineamientos de Políticas de Salud de conformidad con la Ley General de Salud.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

### 1º.- DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

#### 1.1.- DEL MÉDICO TRATANTE

- Es el profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente conduce el diagnóstico y el tratamiento.
- El médico tratante (en un establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención) es aquel médico de turno que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del departamento o servicio asumir dicha responsabilidad.
- El médico asistente asignado a un área determinada es el responsable de la elaboración de la historia clínica, evaluación, evolución, tratamiento, alta e información al paciente y familiar responsable y todos sus actos deben estar escritos en la historia clínica incluyendo fecha, hora, firma y sello del profesional.

Ver Anexo N° 1

#### 1.2.- DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- Es el profesional de la salud que apoya al médico tratante durante la visita médica y es la responsable del cuidado de los pacientes, de la custodia y el ordenamiento de la historia clínica durante la permanencia dentro del servicio.
- Así mismo es la encargada de los diferentes procedimientos dentro de su área de competencia y debe anotar en historia clínica todos los datos correspondientes a sus actos, al final de los cuales debe colocar su nombre completo, firma y sello.
- Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la Historia clínica.

Ver Anexo N° 2



### 3º- FORMATOS DE ATENCIÓN

#### 3.1.- HISTORIA CLÍNICA, FICHA DE ATENCIÓN AMBULATORIA, INTERCONSULTAS, OTROS

- Para las atenciones ambulatorias o de hospitalización, se debe elaborar una Historia Clínica.
- La Historia Clínica y todos los documentos que se generen de la atención del paciente y los formatos de pacientes beneficiarios de seguros deben ser llenados correctamente y con letra legible.
- Todos los formatos producidos por un acto médico y los formatos de pacientes beneficiarios de seguros debe contemplar fecha y hora, así como sello y firma del médico que lo realiza.
- En la Ficha de Atención de Emergencias-Urgencias, Nota de Ingreso, Historia Clínica de Hospitalización y en Evoluciones médicas deberán consignar Signos Vitales, Plan de trabajo incluyendo tratamientos completos y estudios de apoyo diagnóstico solicitados, así como la fecha y hora de los mismos.
- Los Diagnósticos definitivos en Ficha de Atención Hospitalaria, Historia Clínica de Hospitalización, Epicrisis y Formato de Referencia y Contra-referencia deben consignar su respectiva codificación según CIE-10.
- Las altas dadas de un Departamento a otro deberán ir acompañadas de un Resumen de Historia clínica y se realizarán previa aceptación mediante Interconsulta al servicio de destino.
- Toda Interconsulta se realizará en el formato correspondiente a Interconsultas, tanto en el área de Emergencias-Urgencias y en el área de Hospitalización, dicho formato quedará en la Historia clínica al realizarse la respuesta en el reverso del mismo.
- Las interconsultas hechas por las áreas médico o quirúrgicas, deberán ser realizadas y firmadas por el médico asistente interconsultante. Estas interconsultas serán respondidas por el médico interconsultor quien dejará las sugerencias respectivas, siendo el médico tratante quien decidirá si acepta las sugerencias dejadas.
- Para la transferencia de un paciente de un servicio o especialidad a otro, esto se realizará previa interconsulta y con una posterior aceptación del servicio al que se transfiere realizándose su hoja de Epicrisis respectiva y/o con previa coordinación y conocimiento con el jefe de servicio o departamento.
- Todo paciente que será sometido a un procedimiento diagnóstico o terapéutico deberá firmar su Consentimiento Informado el cual debe contener información según normativa y permanecerá en la Historia Clínica.
- Los médicos residentes, internos y estudiantes de medicina no tienen responsabilidades por estar en fase de formación.
- Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables.
- Todas las anotaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realizó el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de Colegio Profesional y sello.



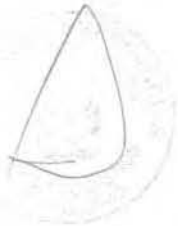
Ver Anexo N° 3

#### 4° ESTUDIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

- La solicitud y respuesta de exámenes de Apoyo al Diagnóstico (Laboratorio y Radio imágenes) deberán llenarse con letra legible, contemplando fecha y hora, impresión diagnóstica, sello y firma de médico solicitante, así como del profesional informante.

Ver Anexo N° 4

#### 5° RECETAS



- El llenado de recetas debe realizarse con letra legible, sin utilizar siglas o abreviaturas, colocando fecha y hora de indicación, impresión diagnóstica, sello y firma de médico tratante, debe consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI), el nombre de marca si lo tuviere, la forma farmacéutica, posología, dosis y periodo de administración.
- Así mismo, es obligación del médico tratante informar al paciente sobre los riesgos, contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones que su administración puede ocasionar y sobre las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro. (**Título II, Cap. I-Art. 26 de la Ley General de Salud N° 26842**).
- En caso de prescripción de recetas en pacientes asegurados bajo cualquier modalidad debe ser refrendado por el médico asistente.



#### VII.

#### RESPONSABILIDADES

- El registro en la Historia Clínica y o ficha de atención ambulatoria es de responsabilidad del médico tratante según lo establecido en el D.S. 016-2002/SA.
- Los Jefes de Departamento en las Salas de Hospitalización y el Jefe de Guardia en el Área de Emergencia son los responsables de la supervisión y monitoreo del cumplimiento de las directivas arriba consignadas.
- Para la supervisión y monitoreo del adecuado registro de las Historias Clínicas se utilizará el Instrumento de Auditoría Concurrente y la Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- La correcta prescripción de recetas será supervisada por el Departamento de Farmacia.
- El incumplimiento de las Directivas establecidas será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley General de Salud N° 26842, al D.L. N° 276 "Ley de Bases de la carrera administrativa, al reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo aprobado por D.S. N° 013-2006-SA, al Código de Ética y Deontología de los respectivos Colegios Profesionales, al Código de Ética de la Función Pública sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere.

**VIII. DISPOSICIONES FINALES:**

Cualquier materia omitida y no contemplada en la presente Directiva será revisada por el Comité de Historias clínicas y/o de Auditoría con aprobación de la Dirección Médica.



## IX. ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### MEDICO TRATANTE.

Es el profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y el tratamiento.

En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización, en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

Norma Técnica N° 22-MINSA/DGSP-V 02





## ANEXO N° 2

### NOTAS DE ENFERMERIA

Contiene:

- Nota de ingreso, fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condiciones del paciente. Funciones vitales, funciones biológicas, estado general.
- Evolución durante la hospitalización: anotarlos signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora, así como el tratamiento adecuado.
- Nombres y Apellidos, firma sello y colegiatura de la enfermera.

### HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS U HOJA DE CONTROL VISIBLE

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- N° de historia clínica
- Denominación estándar abreviada del producto farmacéutico
- Horario de administración
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó el medicamento
- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

### GRAFICA DE SIGNOS VITALES

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Numero de Historia Clínica, Servicio o numero de cama
- Registro de: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente

### HOJA DE BALANCE HIDROELECTROLÍTICO

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Servicio, N° de cama
- Fecha y hora de registro
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, por turno y el total del día
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

Norma Técnica N° 22-MINSA/DGSP-V 02

## ANEXO N° 3

### 3. FORMATOS EN EMERGENCIA

Para las atenciones de emergencia se debe elaborar una Historia Clínica breve, en la que se registra una información mínima. Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo de responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

La admisión por emergencia será registrada en el libro correspondiente, debiendo asignarse la numeración correlativa.

El formato de atención de emergencia, debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Fecha y hora
- Firma, sello del médico tratante

### 4. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

La atención en hospitalización debe registrarse en un conjunto de formatos específicos que son los siguientes:

#### ANAMNESIS

Se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso, relato de la enfermedad y funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

#### EXAMEN CLÍNICO

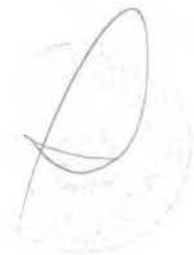
- Controles vitales
- Examen clínico general
- Examen clínico regional

#### DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o definitivo(s) de acuerdo al CIE-10
- Firma, sello y colegiatura del profesional que brinda la atención

#### TRATAMIENTO

- Indicaciones terapéuticas: dieta, cuidados de enfermería y de otros profesionales que sean considerados necesarios, medicamentos (consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración)



- Nombres y apellidos, sello, firma y colegiatura del médico que prescribe

## PLAN DE TRABAJO

- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos médico- quirúrgicos
- Interconsultas

## EVOLUCIÓN

La frecuencia de las evoluciones se realizarán mínimo una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de atención
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación de exámenes y comentario
- Terapéutica y plan de trabajo
- Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención

## EPICRISIS

Debe ser elaborada por el médico tratante al egreso del paciente. Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio, número de cama
- Diagnóstico de ingreso
- Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento
- Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha y hora del egreso, estadía total (días)
- Tipo de alta, condición de egreso
- Diagnóstico principal y secundarios (CIE 10)
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizará necropsia y causas de muerte
- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización

En el caso de parto, la epicrisis materno perinatal, contiene además de lo descrito, información sobre el nacimiento y muerte perinatal si fuera el caso.

## FORMATO DE INTERCONSULTA

Consta de dos secciones

### Solicitud

- Servicio interconsultado
- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual
- Motivo de la interconsulta
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de la solicitud
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante

### Informe de Interconsulta

- Fecha y hora de la respuesta
- Descripción de los hallazgos
- Exámenes y/o procedimientos realizados
- Diagnóstico, tratamiento y recomendaciones
- Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional que realiza la atención



## ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de solicitud
- Identificación del paciente (nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo, servicio, N° cama)
- Diagnóstico
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del primer ayudante
- Grupo sanguíneo, Hemoglobina, otros según el caso
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

## REPORTE OPERATORIO

Es el formato donde se registra la información referente al procedimiento quirúrgico u obstétrico.

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo
- Servicio, N° cama
- Tipo de anestesia empleada
- Fecha, hora de inicio y término de la intervención, tiempo operatorio
- Intervención quirúrgica programada y efectuada
- Diagnóstico pre y post-operatorio
- Descripción de la técnica o procedimiento realizado
- Hallazgos operatorios
- Complicaciones durante la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos del cirujano, del primer y segundo ayudante, anestesiólogos y enfermera instrumentista
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

## Hoja de evaluación pre anestésica

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia
- Resumen de la enfermedad actual, tratamiento y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia
- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista
- Riesgo anestesiológico
- Conclusiones
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo

## Hoja de anestesia

Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anesthesiologo en el que deberá incluir el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post-operatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anesthesiologo. Debe contener:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Diagnóstico pre y post operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de inicio y fin de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención

- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anestesiólogo

### Hoja post anestésica

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, servicio, N° cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del monitoreo de funciones vitales
- Condición de ingreso a recuperación
- Anotaciones de la evolución (estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas)
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anestesiólogo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de tratamientos especiales, practicar procedimientos o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud y debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar del establecimiento de salud
- N° de Historia Clínica
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y DNI. En caso de analfabetos se coloca la huella digital
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal, de ser el caso.

Norma Técnica N° 22-MINSA/DGSP-V 02