



Resolución Directoral

Miraflores, *03 Setiembre* de de 2013

VISTO:

El Expediente Nº 13-009945-001 que contiene el Informe Nº 013-2013-OADI-HEJCU emitido por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, el Informe Nº 003-2013-CIEI-HEJCU emitido por el Presidente del Comité Institucional de Ética e Investigación y el Informe Nº 135-2013-OEPP-EPO-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", y



CONSIDERANDO:

Que, el artículo XV del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, asimismo, el numeral 15.4 del artículo 15 del mencionado dispositivo legal, modificado por Ley Nº 29414, establece que 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 salud cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;



Que, el artículo 16 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, señala que dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se podrá desarrollar actividades de docencia e investigación. La participación de pacientes en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósito de investigación, debe ser voluntaria;

Que, literal d) del artículo 23 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", aprobado por Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA, señala que la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación tiene, entre otras funciones, la de coordinar y proponer al órgano de dirección la autorización de las investigaciones que se lleven a cabo en el Hospital, manteniendo un registro de las mismas, en el marco de las políticas y normas sectoriales vigentes;



Que, mediante Informe Nº 013-2013-OADI-HEJCU la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación remite al Comité Institucional de Ética e Investigación los formatos de consentimiento informado para su evaluación;

Que, mediante Informe Nº 003-2013-CIEI-HEJCU el Comité Institucional de Ética e Investigación comunica la aprobación y opinión favorable de los Formatos de Consentimiento Informado, solicitando su aprobación con acto resolutivo;

Que, mediante Informe Nº 135-2013-OEPP-EPO-HEJCU la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto emite opinión técnica favorable del proyecto Formato de Consentimiento Informado para la Investigación y Formato de Consentimiento Informado de Actividades Docentes;



Estando a lo propuesto e informado por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación;





Con las visaciones del Director Médico, del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";



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

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Formato "**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN**" del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo que forma parte integrante (Anexo 1) de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- APROBAR el Formato "**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES**" del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo que forma parte integrante (Anexo 2) de la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que los formatos serán de uso obligatorio para todas las unidades orgánicas donde exista participación de pacientes en actividades de docencia.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación la difusión, supervisión, evaluación y control de los citados formatos, debiendo informar a la Dirección General las veces que sea requerido.

ARTÍCULO QUINTO.- 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"**

[Handwritten Signature]
.....
Dr. MANUEL A. VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13552

MAVZ/JHCZ/ECST/res
DISTRIBUCION

- Dirección Médica
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Of. de Comunicaciones
- Archivo



PERU

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

COMISIÓN DE APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO PARA LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Yo,
DNI N° acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por He sido informado (a) de que la meta de este estudio es



Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a : al teléfono



Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto, puedo contactar a al teléfono anteriormente mencionado.



PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS :
(en letras de imprenta)

DNI N° :



N° HISTORIA CLINICA N° :



.....
FIRMA



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por de la Universidad
La meta de este estudio es

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.



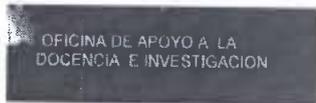
La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.



Comité de Investigación
HEJCU



Anexo 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES

Estimado(a) paciente:

Usted ha acudido al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para recibir una atención de salud, la cual será brindada por un profesional especializado o en entrenamiento bajo supervisión directa.

Los(as) alumnos(as) de pregrado y postgrado de medicina, enfermería, tecnólogos médicos u otra profesión, podrán intervenir como observadores y/o mediante entrevistas supervisadas, en un número máximo de dos alumnos en cada atención.

La información que usted proporcione será confidencial. Por eso solicitamos su autorización para la participación de alumnos(as), lo cual contribuirá a que en el futuro ellos(as) puedan ayudar a otras personas, como ahora lo (la) ayudamos a Ud.

Si ud, no aceptase la presencia de alumnos durante su atención, se le garantizará de todos modos la misma calidad de servicio. Asimismo, usted podrá solicitar la no presencia de alumnos en momento que considere conveniente.

EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES

Yo, de años de edad, declaro que he sido informado (a) de la actividad docente que realiza este Hospital, por lo expuesto (marque con una x en el recuadro correspondiente) SI (), NO () doy mi consentimiento para participar en esta actividad, sabiendo que puedo cambiar de opinión, sin que esta decisión afecte la calidad de atención a la que tengo derecho.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE LEGALMENTE (SI FUERA NECESARIO)

NOMBRE Y APELLIDOS: DNI N° :

N° HISTORIA CLINICA N°

.....
FIRMA / HUELLA DIGITAL

PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS: DNI N°

CARGO: COLEGIO PROFESIONAL N°

Miraflores,, de del 2013.

.....
FIRMA / SELLO

JHCZ/ECST/es.
OADI HEJCU

Este documento será consultado y firmado durante la primera atención de salud que el paciente recibe en el hospital y estará a cargo del profesional que realiza dicha atención. Para futuras atenciones se hará referencia al mismo para la realización de cualquier actividad docente en el Hospital.

RECIBIDO
05 SET. 2013
12:30
Hospital de Emergencias
"JOSE CASIMIRO ULLOA"
OFICINA DE COMUNICACIONES