



Resolución Directoral

Miraflores, 25 de Abril de 2022.

VISTO:

El Expediente N° 22-005759-001 que contiene el Informe N° 021-2022-OADI-HEJCU emitido por el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; y, que es responsabilidad del Estado **regularla**, vigilarla y promoverla;

Que, con Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA se aprobó la NTS N° 139-MINSA-2018-DGAIN: Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica; la cual regula los procedimientos para la gestión de la historia clínica y tiene como finalidad, entre otros, proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de los establecimientos de salud.

Que, la precitada norma contiene, entre otros, el anexo 12 sobre: Formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud, el mismo que es de aplicación en todos los establecimiento de salud públicos, privados y mixtos del sector salud y según corresponda a los servicios médicos de apoyo.

Con base a lo señalado, mediante Informe N° 021-2022-OADI-HEJCU, de fecha 11 de abril de 2022, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación remitió la propuesta de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud a fin de que sea aprobado mediante acto resolutivo.

Que, el artículo 23° del Reglamento de Organización y Funciones de este hospital, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, estableció que la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación es la unidad orgánica que tiene asignado entre sus objetivos funcionales apoyar la docencia universitaria y técnica para la formulación y especialización de recursos humanos, en el marco de las normas pertinentes.

Estando a lo solicitado y contando con las visaciones del Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

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 por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1040-2019-MINSA, la Resolución Viceministerial N° 001-2020-SA-/DVMPAS y la Resolución Viceministerial N° 003-2021-SA/DVMPAS; y sin perjuicio de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA.



SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el **Formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud** en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.-ENCARGAR al responsable de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación que, en el marco de sus funciones, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del documento aprobado en el presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 3.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

.....
Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General
CMP 9633 RNE 2547

LJPE/RHC/LCD/jp

Distribución:

- Dirección General.
- Dirección Médica
- Of. de Apoyo a la Docencia e Inv.
- Of. de Calidad.
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Comunicaciones.
- Archivo.



ANEXO N° 12

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE
DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud _____

Señor (a) _____ Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene, sólo observarán, tal vez podrán entrevistarle (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ de _____ del 201____. Hora: _____
Yo _____ con DNI. N° _____ e Historia Clínica N° _____ declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resuelto todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado identificado (a).

Si consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
No consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D N I _____

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento.
D N I _____

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: _____ de _____ del 201____.

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D N I _____

Firma y sello del profesional de la salud que hace la revocatoria.
D N I _____
Nota: Cualquier profesional de la salud.



.....Continuación del Anexo N° 12

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

El objetivo del presente Instructivo, es orientar el correcto llenado del Formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud a las personas usuarias de los servicios de salud, sea consulta externa, hospitalización, procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de manera informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.
- El profesional de la salud docente, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.
- El formato debe ser entregado y explicado a la persona usuaria por el profesional de las ciencias de la salud (Que es también docente); la información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita a la persona interesada a participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin que no queden dudas.
- Este formato debe ser aplicado antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus alumnos asignados:
- En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la que haga sus veces.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Consentimiento Informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo de procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- **Actividad de Docencia en Servicio:** Actividad vinculada entre la universidad y los establecimientos de salud, que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente – alumno en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o de capacitación en el campo de las ciencias de la salud.
- **Revocar:** Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Considerar la fecha del día y la hora en que se brinda la información al paciente y éste firma y otorga su consentimiento.
- Consignar el nombre y apellidos de la persona usuaria de los servicios de salud, Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el Número de su Historia Clínica (HCI).
- Colocar una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso.



NTS N° 139 - MINSAL/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud que no será identificado (a); colocará una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso para video, audio o toma fotográfica.
- La persona usuaria de los servicios salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o cuando el paciente está imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- Se debe colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro correspondiente.
- El profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.
- El formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud es anexo a la historia clínica.

REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.
- Se debe informar a la persona usuaria, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- Considerar la fecha exacta del día en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del consentimiento informado brindado anteriormente, y no está condicionado a justificarlo.
- Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad.
- Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- El profesional de la salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación. Es importante, señalar que en aplicación de las normas legales vigentes cualquier profesional de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento. Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.

