



## Resolución Directoral

VEINTISÉIS DE OCTUBRE;

27 MAY 2022

### VISTO:

El Informe N° 29 -2022/HAPCSR-II-2-430020175, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad, sobre Aprobación del Formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia durante la Atención de la Salud, presentado por la Unidad de Gestión de la Calidad.

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 4° de la acotada norma mencionada, dispone que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona Llamada legalmente a otorgarlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo";

Que, el artículo 15° de la acotada Ley General de salud, modificada por el artículo 1° de la Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud, en el numeral 15.4 ítem a) estipula disposiciones para el consentimiento informado, señalando 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, en especial cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, entre otros, o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona; en cuyos supuestos el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión y 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, agregando que, si la persona no supiera o pudiera firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, señala que el médico tratante o el investigador es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria, estipulando en su literal b), que el consentimiento escrito deberá ejecutarse en forma obligatoria cuando se trate de exploración, tratamiento, intervenciones o exhibición de imágenes entre otros con fines docentes;

Que, mediante El Informe N° 29 -2022/HAPCSR-II-2-430020175, el Jefe de Unidad de Gestión de Calidad solicita se apruebe el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud a pacientes del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa





## Resolución Directoral

VEINTISÉIS DE OCTUBRE; 27 MAY 2022

Rosa II-2, por lo que resulta necesario aprobar el Formato de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud del paciente

Estando a lo solicitado por la Dirección, visado por la Unidad de Gestión de la Calidad; Asesoría Legal, Unidad de Apoyo a la Docencia e investigación, visado y aprobado por el despacho de Dirección del Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa II-2.

En uso de las atribuciones conferidas en el Artículo 13° del Reglamento de Organización y funciones del Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa II-2, aprobado con Ordenanza Regional N°254-2012-GRP-CP, establece que la Unidad de la Calidad, es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la Atención Asistencial y Administración al paciente, con la participación activa del personal que Depende de la Dirección Ejecutiva.



### SE RESUELVE:

**ARTICULO 1°.- APROBAR el "FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD A PACIENTES DEL HAPCSR II-2"**



**ARTICULO 2°.- ENCARGAR,** a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del formato de consentimiento informado aprobado durante la atención de Salud.

**ARTICULO 3°.- AUTORIZAR** a la Unidad de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución a través de la página Web del Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa II.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2  
Dr. Raúl Junior Gonzales Navarro  
DIRECTOR EJECUTIVO  
MEDICO NEFROLOGO  
CMP: 43385 - RNE: 32545





HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ – COREA SANTA ROSA II-2 PIURA

UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD.



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2

Señor (a) \_\_\_\_\_ buenos días ,tardes o noches como usted entenderá 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 entrevistar lo (a) a participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes a conversar con usted o participar en el procedimiento que lo 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 usuarios de los servicios de salud, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclaramos toda duda o inquietud que usted puede 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, esta no afectara la calidad de atención a la que usted tiene derecho.



**EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ..... de..... del 202...

Hora:.....

Yo.....  
Con DNI N°.....

de 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 resueltas 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)(estudiantes de Pregrado, Postgrado, Pasantes y Profesionales especialistas) de 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 enseñanzas o docencia, no será identificado(a);

Si consiento que sea grabado:

Video ( )

Audio ( )

Toma fotográfica ( )

No consiento que sea grabado:

Video ( )

Audio ( )

Toma fotográfica ( )



Firma y huella digital del paciente o representante legal DNI: .....

Firma y sello del profesional de la salud docente que norma y Toma el consentimiento  
DNI:.....

**REVOCATORIA /DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Fecha..... De..... Del 202.....



Firma y huella digital del paciente o representante legal  
DNI: .....

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria  
DNI: .....  
Nota: Cualquier profesional de la salud.