



Nº 0330-DE-HONADOMANI-SB/2012

Resolución Directoral

Lima, 28 de Noviembre de 2012



Visto, el expediente N° 19499-12;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo XV del Título Preliminar de la Ley N° 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, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, se modifica entre otros el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, incluyendo el numeral 15.4 inciso a.3) referido al "Consentimiento Informado", que establece que toda persona tiene derecho a: "Otorgar su Consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, 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 supiera firmar, imprimirá su huella digital";



Que, en ese contexto, la Directora de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación remite a la Dirección General el formato de "Consentimiento Informado de Actividades Docentes" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", para su aprobación correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 209-2012-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" opina que continúe el trámite correspondiente para la aprobación del citado formato, toda vez que el mismo se traduce en el marco de los derechos del paciente;

Con la visaciones de la Sub-Dirección General, de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial N°436-2011/MINSA y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Formato "CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de un (01) folio, el cual debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, difunda a todo el personal a su cargo la presente Resolución Directoral, conjuntamente con el formato aprobado en el artículo precedente.

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
17/01/13
RECIBIDO
14:00
FIRMA: [Signature]



Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique el formato "CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", en el Portal de la Pagina Web Institucional (www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOMÉ

[Signature]
DR. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
C. 0001 13724



JCC/ASV/GVO/RDLTS
cc.

- SDG
- OADI
- CAJ
- OEL
- Archivo



"Año de la Integración Nacional y el reconocimiento de nuestra Diversidad"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES

Estimada(o) paciente: usted ha acudido al Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, para recibir una atención de salud, la cual será brindada por un profesional especializado, o en entrenamiento bajo supervisión directa. Las(os) alumnas(os) de pre-grado y post-grado de medicina, enfermería, obstetricia, odontología, u otra profesión, podrán intervenir como observadoras(es) y/o mediante entrevistas supervisadas, en un número máximo de dos alumnas(os) 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 usted. Si usted no aceptase la presencia de alumnos(as) durante su atención, se le garantizará de todos modos la misma calidad del servicio. Asimismo, usted podrá solicitar la no presencia de las(os) alumnos(as) en el momento que considere conveniente.



EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES

Yo,.....de..... años de edad, DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO 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 fuese necesario)

Nombre y apellidos.....

N° de DNI..... N° Historia Clínica

..... Firma / Huella digital

PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos.....

Cargo..... N° de DNI..... N° Colegio Profesional.....

Lima,.....de.....de.....

..... Firma-Sello

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