

Resolución Directoral

Lima,30 de Junio.....del 2021

Vistos: La Nota Informativa N° 034-2021-DEAEO-INO, Nota Informativa N° 014-2021-DEAEO, Nota Informativa N° 004-2021-CHC/INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece en los artículos I y II de su Título Preliminar que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y que, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"; Norma Técnica de Salud que regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, teniendo como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como, de proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS del Sector Salud;

Que, en el numeral 4.1 de la NTS antes mencionada, se señala que el Comité Institucional de Historia Clínica: "Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la dirección y jefatura de la IPRESS o red de salud/red integrada de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones de implementación en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.";

Que, también, en el subnumeral 4.2.12 del numeral 4.1 de la NTS antes mencionada, se señala que son funciones del Comité Institucional de Historias Clínicas, entre otras: "Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefaturas de las IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica";

Que, mediante Resolución Directoral N° 010-2020-INO-D se reconformó el Comité de Historias Clínicas, que aparte de ser responsable de la Gestión de Historias Clínicas, también tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos;

Que, el artículo 23° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA, prescribe que la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología es el órgano encargado de brindar la innovación, actualización, difusión y aplicación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en oftalmología y sus principales patologías; causas primordiales de los daños oftalmológicos y sus secuelas en nuestra población;





Que, mediante Resolución Directoral N° 091-2019-INO se aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-INO/2019/DEAEO - Directiva para la obtención del Consentimiento Informado del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", teniendo como objetivo estandarizar el proceso de obtención del consentimiento informado para una intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención en los departamentos y servicios de atención Especializada del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos";



Que, mediante Nota Informativa N° 034-2021-DEAEO-INO, la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología solicita la modificación del ítem 5.2.3 así como, la actualización del Anexo 1 Estructura Mínima del Modelo de Consentimiento Informados, correspondientes de la Directiva Sanitaria N° 001-INO/2019/DEAEO - Directiva para la obtención del Consentimiento Informado del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", aprobado con Resolución Directoral N° 091-2019-INO-D;



Que, mediante Nota Informativa N° 001-2021-CHC/INO la Presidenta del Comité de Historias Clínicas de la Institución informó a la Dirección General, que mediante Acta de reunión ordinaria del 21 de mayo 2021 el Comité aprobó la actualización del Anexo 1 Estructura Mínima del Modelo de Consentimiento Informados, así como, la modificación del ítem 5.2.3 del numeral 5.2 de Definiciones Operativas, del Punto V de Disposiciones Generales de la Directiva Sanitaria N° 001-INO/2019/DEAEO - Directiva para la obtención del Consentimiento Informado del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", aprobado con Resolución Directoral N° 091-2019-INO-D;



Con la visación del Director de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, de la Presidenta del Comité de Historias Clínicas y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y con las facultades conferidas en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- MODIFICAR el subnumeral 5.2.3 del numeral 5.2 de Definiciones Operativas, del Punto V de Disposiciones Generales de la Directiva Sanitaria N° 001-INO/2019/DEAEO - Directiva para la obtención del Consentimiento Informado del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", aprobado con Resolución Directoral N° 091-2019-INO-D, con el siguiente texto:

"...

5.2.3 Formato de Consentimiento Informado

Es el documento legal que forma parte de la historia clínica cuyo contenido mínimo (ANEXO N° 1) debe consignar lo siguiente:

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Identificación del departamento o servicio que brinda la atención.
- Datos del paciente: Nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, diagnóstico, fecha y hora.
- Nombre del tratamiento y/o procedimiento a realizar (utilizando codificación CIE-10 y CPT de ser pertinente).
- Descripción de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención en términos sencillos que deberá estar detallado e impreso para cada caso. Según el caso se procederá anexar información adicional o complementaria.
- Riesgos reales y potenciales de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención, que deberá estar detallado e impreso para cada caso. Según el caso se podrá anexar información adicional o complementaria.

Resolución Directoral

Lima,30 de.....Junio.....del 2021

- Riesgos reales y potenciales de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención, que deberá estar detallado e impreso para cada caso. Según el caso se podrá anexar información adicional o complementaria.
- Efectos colaterales y/o secundarios de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención.
- Efectos adversos de los usuarios a los antibióticos, analgésicos y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar los mismos que deberán estar detallados e impresos para cada caso.
- Beneficios de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención.
- Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención.
- Constancia de información y recepción de formulario: fecha, nombres y apellidos y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención.
- Consentimiento: firma y huella digital en forma libre y voluntaria del paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y DNI / CE y/o Pasaporte. En caso de analfabetos se coloca la huella digital.
- Consentimiento de uso de imágenes, fotografías y/o videos: firma y huella digital en forma libre y voluntaria del paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y DNI / CE y/o Pasaporte. En caso sea analfabeto se coloca la huella digital.
- Revocatoria: en caso de denegación o revocatoria del consentimiento informado, donde se expresa esta voluntad consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso. En este caso el médico debe informar al paciente las consecuencias de no realizarse la intervención recomendada.
..."

Artículo 2º.- APROBAR la Actualización del Anexo 1 Estructura Mínima del Modelo de Consentimiento Informado de la Directiva Sanitaria N° 001-INO/2019/DEAEO - Directiva para la obtención del Consentimiento Informado del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", aprobado con Resolución Directoral N° 091-2019-INO-D, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3º. - ENCARGAR al Comité de Historias Clínicas de la Institución, realizar las acciones correspondientes de evaluación, supervisión y socialización del uso del formato aprobado.

Artículo 4º.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" www.ino.gob.pe.

Regístrese y comuníquese,

PERU Ministerio de Salud INO
DRA. MALINA TORIHAMA FERNANDEZ
DIRECTORA GENERAL (a)
C.M.P. 27620 R.N.E. 14992

DEPARTAMENTO / SERVICIO DE:

ANEXO N° 1

ESTRUCTURA MÍNIMA DEL MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....
NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO O MODALIDAD DE ATENCIÓN

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del Paciente: Edad:
Historia clínica N°: Diagnóstico: CIE-10
Fecha: Hora:

II. NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO O MODALIDAD DE ATENCIÓN

.....
III. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO O MODALIDAD DE ATENCIÓN

(Descripción del mismo en términos sencillos que deberá estar impreso (Consignar código CPT de ser pertinente)

.....
IV. POSIBLES RIESGOS

(Riesgos reales y potenciales de la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención que deberá estar detallado e impreso)

.....
V. EFECTOS COLATERALES, EFECTOS SECUNDARIOS Y EFECTOS ADVERSOS

(Detalle de los efectos que pueden aparecer durante la intervención quirúrgica o procedimiento o modalidad de atención)

.....
VI. BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO O MODALIDAD DE ATENCIÓN

.....
VII. PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

.....
VIII. PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y RECOMENDACIONES

.....
IX. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN Y RECEPCIÓN DE FORMULARIO

En la fecha....., he recibido de mi oftalmólogo, el médico con **CMP N°**..... y **RNE N°**..... el presente formulario conteniendo información sobre el tratamiento y/o procedimiento que se me ha propuesto y sus riesgos, además de haber recibido verbalmente la información necesaria. Así mismo he leído el contenido del presente formulario y mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado. También he sido informado de que mis datos personales y la autorización del consentimiento informado serán protegidos e incluidos en mi historia clínica, respetando mis

derechos establecidos en la Ley N° 29414 y su reglamento aprobado por D.S. N° 027-2015-SA y Ley N° 29733 y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 003-2013-JUS..

X. CONSENTIMIENTO

En forma libre, voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y habiendo sido informado (a) debidamente sobre el tratamiento y/o procedimiento a que seré sometido (a), **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el para lo cual firmo el presente consentimiento informado.

Lima, _____ de _____ del 20_____

Firma del Paciente

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Firma del Tutor o Representante

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Firma y Sello del Médico Tratante

CMP:..... RNE:.....

XI. CONSENTIMIENTO DE USO DE IMÁGENES, FOTOGRAFÍAS Y/O VIDEOS

Las fotos y filmaciones son comúnmente realizadas en cada uno de nuestros pacientes tanto en los momentos preoperatorios, intraoperatorios como en el postoperatorio. Mediante el presente documento el paciente Si () – No () autoriza el uso y difusión de estas imágenes con fines de publicación médica científica (cursos, congresos, publicaciones escritas, etc.), guardando el anonimato del paciente en cada caso. (Marcar con un aspa o encerrar con un círculo la opción elegida).

Lima, _____ de _____ del 20_____

Firma del Paciente

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Firma del Tutor o Representante

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Firma y Sello del Médico Tratante

CMP:..... RNE:.....

XII. REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Después de ser informado(a) de la naturaleza y riesgos del tratamiento propuesto, manifiesto de forma libre, voluntaria y consciente **MI DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** para que se me realice el , haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta situación.

Firma del Paciente

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Firma del Tutor o Representante

Nombre y Apellido:

DNI / CE* / Pasaporte:

Huella Digital:



Lima, _____ de _____ del 20 _____

* CE: Carnet de Extranjería

