



Resolución Jefatural

Lima, 24 de Julio del 2008

VISTOS; el Memorando N° 062-SG-INEN/2008 de la Secretaría General del INEN;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano con fecha 11 de enero del 2007, se ha aprobado el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Organismo Público Descentralizado Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - OPD INEN;

Que, el Numeral VI.1.2.2 Formatos Especiales de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA señala los requisitos del formato de consentimiento informado, precisando del mismo modo su inexigibilidad en situaciones de emergencia;

Que, mediante documento de vistos la Secretaría General del INEN solicita la aprobación del "Formato de Consentimiento Informado Único del INEN" remitido por el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INEN;

Que, en tal sentido, para fines de procurar la oficialización del formato de "Consentimiento Informado Único del INEN", resulta conveniente aprobar su formalización mediante la Resolución Jefatural;

Con las facultades conferidas por el Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

Con la opinión favorable del Subjefe Institucional y el visto bueno del Director de Cirugía del INEN así como del Presidente del Comité de Historias Clínicas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el formato denominado "Consentimiento Informado Único del INEN", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO: Encargar la difusión de la presente Resolución así como su publicación en la Página Web Institucional a la Oficina de Comunicaciones.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTO MEDICO – QUIRÚRGICO DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO**

Paciente:..... Edad:..... N° HC:.....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley N° 26842 Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada por mis médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente), los riesgos reales y potenciales que pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco (padece), de los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, así como la posibilidad de tratamientos alternativos.

Con el diagnóstico de, he comprendido que es necesario, se practique la intervención quirúrgica o procedimiento denominado:

Lo cual consiste en:

También he sido informado y comprendo que esta intervención quirúrgica o procedimiento conlleva riesgos reales y potenciales previsibles y no previsibles de los cuales fui informado adecuadamente, asegurándome que se tomarán todas las medidas y precauciones para reducir en lo posible estos riesgos.

Por ello manifiesto en forma libre y voluntaria mi consentimiento para que se practique la intervención quirúrgica, tratamiento o procedimiento propuesto, declaro además estar de acuerdo en que se efectuarán los estudios necesarios del material obtenido (biopsia, pieza operatoria, etc) y se me aplique los medicamentos necesarios para mi recuperación, así mismo, admito los cambios del procedimiento quirúrgico que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados, y las alteraciones previsibles de mi integridad física por las acciones efectuadas para tratar mi enfermedad, reservándome el derecho de revocatoria.

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:.....
DNI:.....

Firma del Médico
Nombre y Apellidos:.....
CMP:.....

Fecha: / /

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO:

En pleno uso de mis facultades y a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se me practique la intervención (o procedimiento) propuesto, revoco mi consentimiento.

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:.....
DNI:.....

Firma del Médico
Nombre y Apellidos:.....
CMP:.....

Fecha: / /