



Resolución Directoral

Iquitos, 26 de diciembre del 2024



Visto el Memorando N° 1096-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01, de fecha 26 de diciembre del 2024, mediante el cual se autoriza proyectar la Resolución Directoral que aprueba la **"DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA"** del Hospital Iquitos "César Garayar García";



CONSIDERANDO:

Que, en los artículos I y II, del Título Preliminar de la Ley 26842 - Ley General de la Salud, establecen que "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";



Que, la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, que modifica el artículo 15° de la ley N° 26842, Ley General de Salud, señala en los literales a) y a.3) del numeral 15.4: "Toda persona tiene el 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 exploración tratamiento y exhibición con fines docentes, debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión";



Que, mediante el artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, indica que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma 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;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en Salud", la cual tiene como finalidad Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", señalando que los objetivos específicos son establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud,



Resolución Directoral

Iquitos, 26 de diciembre del 2024



una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas, estableciendo en el numeral 5.4 como tipos de documentos normativos: la Norma Técnica de Salud, Directiva, Guía Técnica y Documento Técnico;



Que, mediante el Oficio N° 025-2024-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01.17/MBA., de fecha 10 de diciembre del 2024, la Coordinadora del Departamento de Cirugía, solicita a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García", la aprobación e implementación de Formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica del Departamento de Cirugía;



Que, mediante el Oficio N° 223-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30, de fecha 13 de diciembre del 2024, la Jefatura del Departamento de Enfermería, solicita al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", la aprobación mediante acto resolutivo los Formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica del Departamento de Cirugía;



Que, mediante el Oficio N° 271-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02, con fecha 18 de diciembre del 2024, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite las Observaciones de los Formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica del Departamento de Cirugía en el Hospital Iquitos "César Garayar García", para su modificación y/o corrección de dicho Plan de acuerdo al Informe N° 015-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN;



Que, mediante el Oficio N° 109-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.17, de fecha 19 de diciembre del 2024, la Jefatura del Departamento de Cirugía, solicita al Director Ejecutivo, la aprobación mediante acto resolutivo la "Directiva del procedimiento del uso del Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención en Salud en el Departamento de Cirugía" en el Hospital Iquitos "César Garayar García";

Que, la presente Directiva tiene por finalidad informar y facilitar el proceso del Consentimiento Informado para las actividades de Docencia en el Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos "César Garayar García", brindando información oportuna y respetando los derechos de los pacientes durante el desarrollo de las actividades docentes que se realicen;

Estando a lo informado por la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Iquitos "César Garayar García";



Resolución Directoral

Iquitos, 26 de diciembre del 2024

Con el visto bueno de la Dirección Adjunta, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Organización y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Iquitos "César Garayar García"; y

En uso de las atribuciones y facultades conferidas a la Dirección Ejecutiva del Hospital Iquitos "César Garayar García", mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 066-2024-GRL-GR, de fecha 08 de enero del 2024;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la "DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA" del Hospital Iquitos "César Garayar García", el mismo que consta de ocho (08) folios, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos y a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García" para que proceda a la difusión, implementación, supervisión, seguimiento, ejecución y el debido cumplimiento de la presente Resolución.

ARTICULO 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALLERTO CORAL GONZALES
Director Ejecutivo (e)
C.M.F. N° 030488



PERÚ Ministerio de Salud



**DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE
LA ATENCION EN SALUD EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL IQUITOS
“CESAR GARAYAR GARCIA”**

Iquitos – Perú

DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

I. FINALIDAD

Informar y facilitar el proceso de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia, del Hospital Iquitos "César Garayar García" en el departamento de Cirugía, brindando información oportuna y respetando los derechos de los pacientes durante el desarrollo de las actividades docentes que se realicen.

II. OBJETIVOS

- ✓ Determinar el procedimiento y criterios uniformados para llevar a cabo el proceso de Consentimiento Informado en el desarrollo de las actividades de Docencia en el Departamento de Cirugía.
- ✓ Alcanzar que el Proceso de Consentimiento Informado para Docencia se aplique al 100% de pacientes atendidos.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en el Departamento de Cirugía para todos los profesionales que realicen actividades académicas de docencia.

IV. BASE LEGAL

- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N°29733, Ley de Protección de los datos personales.
- Ley N°30220. Ley Universitaria.
- Decreto Supremo N° 013-2006, aprueban, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Acuerdo N°065-CONAREME-2019-AG, Manual de Acreditación de Sedes Docentes en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Norma para la elaboración de Documentos normativos del Ministerio de Salud.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- ❖ **Consentimiento informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representación legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización o durante el desarrollo de procedimientos especiales, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.

DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

- ❖ **Actividad del Docencia en el Servicio:** Actividad vinculada entre la Universidad, Institutos y los establecimientos de salud, que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente-alumno en un establecimiento de salud con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o capacitación en el campo de las Ciencias de la Salud.
- ❖ **Revocar:** Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.



DISPOSICIONES GENERALES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE 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, consignado su firma o huella digital, de manera informada, libre, voluntaria y sin coacción, 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 de consentimiento para el procedimiento o atención 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 ciencias de la salud (que también es docente); la información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, clara y concisa, que permita a la persona interesada participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe considerar un tiempo prudencial no inferior a 5 minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin de que no quede duda alguna.
- ✓ La aplicación de este formato debe ser antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus alumnos asignados.

DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

- ✓ En el caso de persona capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- ✓ El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", o las que haga sus veces.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ Considerar la fecha, la hora del día que se brinda la información al paciente y éste firma otorgando su consentimiento.
- ✓ Consignar el nombre y apellido correctamente escrita y con letra legible, de la persona usuaria de los servicios de salud, numero de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el número de su Historia Clínica (HCL).
- ✓ Colocar una "X" entre los paréntesis si la persona da o no da su consentimiento, según sea el caso.
- ✓ Si se requiere la grabación de un video, audio o toma fotográfica y/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 brinda su consentimiento o no, según sea el caso para grabación de video, audio o toma fotográfica y/u otro medio de registro.
- ✓ Si se requiere que se realice algún procedimiento en caso del departamento de Cirugía, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud, que no será identificado (a); colocara una "X" entre los paréntesis si la persona usuaria brinda su consentimiento o no, según sea el caso.
- ✓ La persona usuaria de los servicios de salud o su representante legal en caso de ser menor de edad o cuando el paciente este imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente del 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 su número de 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 anexado a la historia clínica; en los casos de que sea para la extracción de muestra, se deberá en el folder o archivador correspondiente.

DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

REVOCATORIO 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 lo actuado en el consentimiento informado, cuando desee y por su propia decisión.
- ❖ Considerar la fecha 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 acondicionado a justificarlo.
- ❖ Firma la persona usuaria de los servicios de salud o su representante legal en caso sea menor de edad o tener alguna discapacidad.
- ❖ Colocar el Numero de Documento de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- ❖ Si la persona usuaria o representante legal no sabe leer ni escribir, deberá colocar su huella digital.
- ❖ El profesional de la salud que recibe la revocatoria, coloca su sello y firma, dejando constancia del acto de revocación. Es importante, señalar que, en la 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 su(s) representantes(s) legal(es), 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; en el caso que sea otro servicio donde no se encuentra la historia clínica se deberá colocar en la carpeta o archivador del registro de consentimiento informado.



DIRECTIVA DEL PROCEDIMIENTO DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

BIBLIOGRAFIA

- Norma Técnica de Salud Para la Gestión de la Historia Clínica N°139 – MINSA /2018/DGAIN
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud
- Decreto Supremos N° 027-2015 –SA, que aprueba el Reglamento de Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud
- Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales
- Decreto Supremo N°003 – 2013 – JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación. (29 de marzo 2017). Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud. Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Oficina de Apoyo a la Docencia e investigación. (29 de octubre 2018). Aplicación del Formulario de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao.
- Equipo de Organización y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. (22 de abril 2021). Directiva Administrativa de Aplicación del Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia. Instituto de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.

ANEXOS



ANEXO 01
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD

Establecimiento de Salud: HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

Señor:



Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, los mismo 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 deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo observaran; tal vez podrán entrevistarlo (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 el 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°28733, Ley de Protección de los 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 su Reglamento 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 solicitaremos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de la ciencia de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que, en futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de los 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.

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

Hora:

Firma y Huella digital del Paciente o Representante Legal
DNI:

Firma y sello del Profesional de la Salud que informa y toma el Consentimiento
DNI:

ANEXO N°2

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

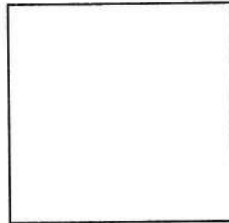
Fecha de.....del 202..... Hora:

Yo

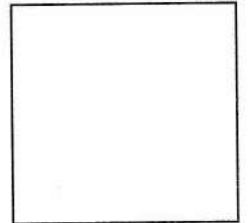
con DNI N° e Historia Clínica N° declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que realizaran durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, conscientes de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del articulo N°119 del Decreto Supremo N°113-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante la atención bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, si se requiere la grabación de un video o audio o forma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no seré identificado (a):

SI Consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO Consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ().

Consiento que realicen procedimientos como flebotomía: SI () NO ()



Firma y Huella digital del Paciente o Representante Legal
DNI:



Firma y sello del Profesional de la Salud que informa y toma el Consentimiento
DNI:



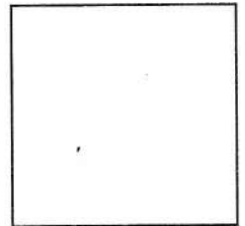
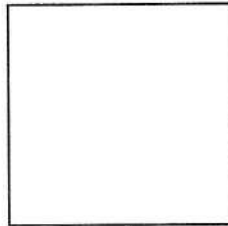
ANEXO 03

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSETIMIENTO

Yo.....identificado con DNI N°..... en calidad de padre/Madre/Apoderado/Representante legal del menor paciente, luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto así como de sus beneficios para la recuperación de la salud de mi niño (a), manifiesto en forma libre mi denegación/revocación del consentimiento para su realización propuesta en la fecha..... haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivar de mi decisión.

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

Hora:



Firma y Huella digital del Paciente o Representante Legal
DNI:

Firma y sello del Profesional de la Salud que informa y toma el Consentimiento
DNI:



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

MEMORANDO Nº 1096-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01

PARA : C.P.C. Rosario RENGIFO GUERRERO
Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico

ASUNTO : PROYECCIÓN DE RESOLUCIÓN

REFERENCIA : Oficio Nº 109-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.17

FECHA : Iquitos, 26 de diciembre del 2024

En atención al documento de la referencia sírvase proyectar la Resolución Directoral; a fin de Aprobar la "Directiva del procedimiento del uso del Consentimiento Informado para las actividades de Docencia durante la Atención en Salud en el Departamento de Cirugía" del Hospital Iquitos "César Garayar García".

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALEJANDRO CORRAL GONZALES
Director Ejecutivo (e)
C.M.P. N° 030488

C.c.
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Archivo

CACG/NJBG/CLCR/REG/GMJJ/DOJC/wcpm



Cirugía

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Iquitos, 19 de diciembre del 2024

Oficio N° 109-2024-GRL-DRS-L-HICGG/13.17.01.17

C.P.C. Rosario Rengifo Guerrero
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estrategico
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"
Presente.-



Asunto: Solicito aprobacion y revisión de la Directiva del procedimiento del uso del consentimiento informado para las actividades de docencia.

Grato es dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y solicitarle Aprobacion y revisión de la Directiva del procedimiento del uso del consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atencion en salud en el departamento de cirugía Del Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia" según la "Norma Tecnica de salud" de auditoria de la calidad de la atención en salud Nª 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.

Adjunto 3 ejemplares de cada formato.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente;

Signature and name of MG. Carlos Alberto Riva Ríos, Jefe del Departamento de Cirugía, C.E.F 33926 R N E 29852

Blue stamp with distribution list: Derivado a: Unidad de... Unidad de... Unidad de Proyectos de Inversión Unidad de Organización Secretaría. Fecha: 19/12/24.

Cc.:

- Archivo

CARR/acrm.

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Iquitos, 18 de diciembre del 2024

OFICIO N° 271 - 2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02

Señora:
Lic. Enf. Esp. Teresa C. MONTALVAN LLERENA
 Jefa del Departamento de Enfermería



Presente.-

Asunto : Remito Observaciones de formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía

Referencia: INFORME N° 015-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y en atención al documento de la referencia; habiéndose realizado la revisión de los formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia del Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos "César Garayar García", se encontró varias observaciones; por lo que se le recomienda modificar y/o corregir de acuerdo a los puntos citados en dicho Informe adjunto, para su respectiva Aprobación y Emisión de la Resolución Directoral del documento en el asunto mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

C.P.C. Rosario RENSIFO GUERRERO
 JEFA DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO



Cc:
 - Dirección Ejecutiva
 - Unidad de Organización
 Archivo
 RRG/GM/wcpm

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

INFORME Nº 015-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN

A : C.P.C. Gianina Montalvo Jimenez
Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico

DE : Lic.Educ. Wálter Cristian Pacheco Murrieta
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

ASUNTO : Observaciones de formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía

REFERENCIA : OFICIO Nº 223-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

FECHA : Iquitos, 18 de diciembre del 2024

Por medio del presente, me dirijo a usted para saludarla cordialmente y, asimismo, informarle con respecto a los formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos "César Garayar García", de las cuáles se encontró algunas observaciones:

1. Con el OFICIO Nº 223-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30 de fecha de recepción 17/12/2024 por el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, la Jefatura del Departamento de Enfermería, remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", para la aprobación y emisión de Resolución Directoral de los formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía.
2. Posteriormente el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, realizó la respectiva revisión para la aprobación y emisión de Resolución Directoral de los formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos "César Garayar García", encontrándose con algunas observaciones:
 - 2.1. En los Oficios presentados dice en todos sus contenidos: Solicita Aprobación e Implementación de formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica, debiendo decir: Solicita Aprobación de la Directiva del procedimiento del uso del Consentimiento Informado para las actividades de Docencia durante la atención de salud en el Departamento de Cirugía del HICGG, por existir un índice de contenidos de una Directiva.
 - 2.2. Referente a la Directiva de los formatos para Consentimiento para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica en el Departamento de Cirugía se encontró algunas observaciones:
 - En el punto I) Finalidad dice: en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" del departamento de Cirugía, debiendo decir: en el Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos "César Garayar García".

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"


- En el punto III) Ámbito de Aplicación dice: El presente protocolo, debiendo decir: La presente Directiva.
- No se encuentran enumeradas la presente Directiva adjunta.
- En las Consideraciones Generales dice: Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) debiendo decir: Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos del Hospital Iquitos "César Garayar García".
- En algunas páginas, existen algunas faltas ortográficas (acentos, palabras erróneas, palabras incompletas, palabras repetidas, el punto final de algunos textos, ordenamiento de algunos contextos) a corregir, de las cuáles está resaltado con lápiz en el presente Protocolo de Prevención de Flebitis del Departamento de Pediatría del Hospital Iquitos "César Garayar García".
- Debe estar visados y firmados por el Departamento de Cirugía y Jefatura de Enfermería en todas páginas de la presente Directiva.

RECOMENDACIONES:

Por lo escrito con lo anterioridad, se recomienda **MODIFICAR Y/O CORREGIR**, los puntos mencionados para su respectiva aprobación y emisión de Resolución Directoral de la presente Directiva.

Es todo en cuanto tengo que informar a usted, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,



Lic. Educ. Walter Cristian Pacheco Murrieta
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

Cc:
*Archivo
/wcpm

"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



MINISTERIO PUBLICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL APOYO IQUITOS

REGISTRO N° 12217 /2024

HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL

INTERESADO : LIC.ENF. ESP. TERESA MONTALVAN LLERENA

ASUNTO : REMITO FORMATOS PARA CONCENTIMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DEL DPTO. DE CIRUGIA

PASE (1)	PARA (2)	FECHA	REMITIDO POR (3)
30.17.01		13/12/24	
Planeamiento	2	14.12.24	

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 01.- APROBACION | 08.- POR CORRESPONDER | 15.- ARCHIVAR |
| 02.- ATENCION | 09.- COORDINAR | 16.- VER OBSERVACIÓN |
| 03.- SU CONOCIMIENTO | 10.- ASISTIR | 17.- SEGÚN SOLICITUD |
| 04.- OPINION | 11.- SACAR COPIA | 18.- PROJ. RESOLUCIÓN |
| 05.- INFORME | 12.- VERIFICAR | 19.- DEVOLVER |
| 06.- DAR EJECUCION | 13.- DISTRIBUIR | 20.- AGRADECER |
| 07.- PROP. ACCION | 14.- CIRCULAR | 21.- ACCION INMEDIATA |

OBSERVACION :

.....

.....

.....

NOTA: NO SEPARAR ESTA HOJA DEL DOCUMENTO RESPECTIVO



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho”

Iquitos, 10 de diciembre del 2024

Oficio N° 025-2024-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01.17/MBA.

Señora:

Lic. Enf. Teresa C. Montalvan Llerena

Jefa del Departamento de Enfermería

Presente.

Asunto: Solicito Aprobación e implementación de formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica del Dpto. de Cirugía.


Grato es dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y solicitarle la Aprobación e implementación de formatos de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia para usar en la Historia Clínica, según la “Norma Técnica de salud de auditoria de la calidad de la atención en salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, en el Departamento de Cirugía del Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia”.

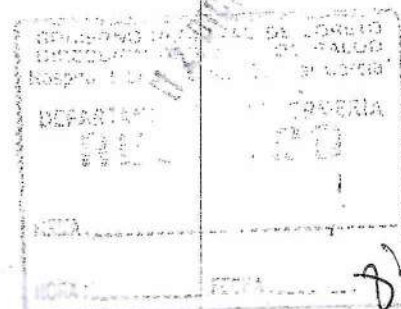
Adjunto formatos

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia"


Lic. Enf. MILAGROS BOSANTES AREVALO
Coordinadora del Dpto. de Cirugía
CEP 23812



C.c.:

- ❖ Of. Planeamiento
- ❖ C. Calidad
- ❖ Archivo

MBA/acm