



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - Breña"Año de la Lucha contra la Corrupción y la
Impunidad"

N° 84 -2019-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 13 de Abril de 2019

Visto, el Expediente con Registro N° 3939-DG que contiene el Memorando N° 006-2019-OEAIDE/INSN, de la Oficina de Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el inciso c) del artículo 15° de la acotada Ley, prescribe que toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho "a no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes";

Que, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, estipula que el consentimiento informado es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia, siendo 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, y cuyo monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la que haga sus veces;

Que, mediante Memorando N° 091-2019-OGC/INSN, la Oficina de Gestión de la Calidad reitera al Comité de Historias Clínicas, la solicitud de aprobación del formato de "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño", elaborado por la Oficina de Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada;

Que, mediante Memorando N° 001-Comité.de.HC-INSN-2019, informa que, en reunión del Comité de Historias Clínicas, aprueba continuar con el trámite para la implementación del "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño";

Que, mediante Memorando N° 333-2019-DG/INSN, de fecha 29 de marzo de 2019, la Dirección General dispone la proyección de la Resolución Directoral que aprueba el Formato de "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño";

	PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado			
		16 ABR. 2019	www.insn.gob.pe
Reg. N° 0160		CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA FEDATARIO - INSN	

Av. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066



Con el Visado de la Oficina de Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad la Ley N° 26842, Ley General de Salud; y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:



Artículo Primero. - Aprobar el Formato de "Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño".

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Dr. Jorge Asdrubal Jáuregui Miranda
DIRECTOR GENERAL
C.M.F. 13616 R.N.E. 32027 - 6901

JJM/CGS
DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () OEAIDE
- () DEIDAECNA
- () DEIDAEMNA
- () DEIDADT
- () DEAC
- () DE
- () OEI
- () OAJ
- () OGC

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**

Señor(a)..... buenos días (tardes, noches); usted viene a esta Institución para que su hijo(a) o tutelado(a) reciba 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 tiene su hijo(a) o tutelado(a); sólo observarán, tal vez podrán entrevistar(a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; **siempre y cuando usted autorice** que ellos estén presentes o participen en el procedimiento que realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando los 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 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° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento la intimidad, confidencialidad de los datos personales, información sobre la enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales de su hijo(a) o tutelado(a), 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 la atención de su hijo(a) o tutelado(a). Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

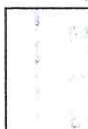
Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: de de 20..... Hora: :
Yo, identificado con DNI N°, siendo el Padre, madre y/o tutor del menor..... con DNI N° e Historia Clínica N°, declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante la atención de mi hijo(a) o tutelado(a) en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consiento de mis derechos y forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que (N°.....) estudiantes de ciencias de la salud participen durante la atención de mi hijo(a) o tutelado(a), 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 enseñanza o docencia, **NO SERÁ IDENTIFICADO(A)**;

SI consiento que sea grabado:	Video ()	Audio ()	Fotografía ()
NO consiento que sea grabado:	Video ()	Audio ()	Fotografía ()

Firma y/o huella digital del padre
o responsable legal del paciente
DNI

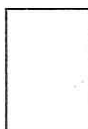


Firma y sello del profesional de la salud
que informa y toma el consentimiento
DNI

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

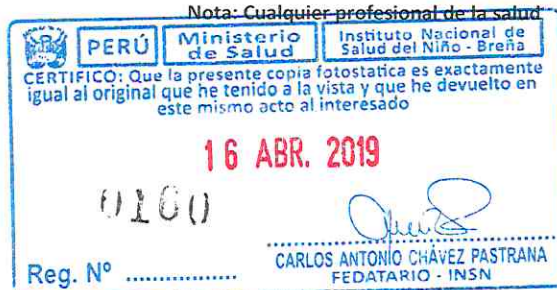
Fecha: de de 20.....

Firma y/o huella digital del padre
o responsable legal del paciente
DNI



Firma y sello del profesional de la salud
que recibe la revocatoria
DNI

Nota: Cualquier profesional de la salud



[PÁGINA EN BLANCO]