



Resolución Directoral

Santa Anita, 14 de Noviembre del 2012.

Visto el Memorando Nº 904-DSMAG-HHV-2012, de fecha 30 de Octubre del 2012.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando Nº 65-SE-DSMAG-HHV-2012, de fecha 30 de Octubre del 2012, el Jefe del Servicio de Emergencia DSMAG del Hospital Hermilio Valdizan, hace llegar el Formato de Consentimiento Informado del Servicio de Emergencia, Ingreso a Sala de Observación e Información para el/ la paciente y/o la persona responsable; para ser aplicado en los pacientes del Hospital, cuya aprobación se solicita mediante la respectiva Resolución;

Que mediante documento de visto, el Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte solicita se apruebe los formatos "Consentimiento Informado del Servicio de Emergencia, Ingreso a Sala de Observación e Información para el/ la paciente y/o la persona responsable"

Que, el artículo 40º de la Ley Nº 26842, señala que ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo;

Que, el Artículo 25º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, establece que el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte es el encargado de "Proponer, Ejecutar y Evaluar los protocolos y procedimientos de atención médica psiquiátrica de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad; por lo que resulta pertinente aprobar dicho Formato;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta, Oficina de Asesoría Jurídica, Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Formato Consentimiento Informado del Servicio de Emergencia, Ingreso a Sala de Observación e Información para el/la paciente y/o la persona responsable; para ser aplicado en los pacientes del Hospital; el cual forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2º.- El Formato que se aprueba con la presente Resolución es de uso obligatorio para el Servicio de Emergencia.

Artículo 3º.- El responsable del Portal de transparencia se encargará de publicar la presente Resolución en la página Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dr. RAFAEL NAVARRO CUEVA
Director General
C.M.P. 4598 - REG. ESE 1043

Distribución:
SDG
DSMAG
OAJ
INFORMATICA
FILE VIII RES.



CONSENTIMIENTO INFORMADO
SERVICIO DE EMERGENCIA
INGRESO A SALA DE OBSERVACIÓN
INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE Y/O LA PERSONA RESPONSABLE.

Luego de evaluar al Sr./ Sra./ Srta. El médico Psiquiatra que suscribe ha dado la indicación médica de ingreso a Sala de Observación del Servicio de Emergencia de nuestro Hospital, para que reciba el tratamiento médico psiquiátrico y los cuidados necesarios para su mejoría. La permanencia en Sala de Observación será hasta que su condición médica lo requiera hasta 72 horas, para luego continuar con su tratamiento en Consulta Externa o su transferencia a otro establecimiento de salud; o su ingreso en el Servicio de Hospitalización por no lograr mejoría.

Durante la estadía en Sala de Observación será imprescindible la colaboración de un familiar u otra persona responsable, con el objeto de brindarle la información acerca de la evolución del estado del / de la paciente, solicitarle los medicamentos indicados, o realizar los trámites pertinentes para su alta o traslado. En Sala de Observación el/la paciente será evaluado (a) médicamente en forma regular y cada vez que fuera necesario.

Si el médico tratante considera conveniente el uso del tratamiento electroconvulsivo o cualquier otro método terapéutico especial se le informará con la debida anticipación para la autorización respectiva. El incumplimiento de las indicaciones médicas puede ocasionar un empeoramiento de la condición médica del / de la paciente, con riesgo para su salud y/o la de otras personas. Usted puede preguntar acerca del estado del / de la paciente, el tratamiento recibido y los posibles efectos adversos del mismo, cada vez que lo considere pertinente.

DECLARACIÓN

Declaro haber leído, haber hecho las preguntas para comprender mejor y aceptar la información anterior y estoy de acuerdo con la indicación médica de ingreso a Sala de Observación, comprometiéndome a colaborar cumpliendo todas las indicaciones médicas y las normas administrativas.

PACIENTE (Si su condición médica lo permite)

Nombre:

Documento de Identidad:

Dirección:

Teléfonos:

.....
Firma

PERSONA RESPONSABLE

Nombre:

Documento de Identidad:

Dirección:

Teléfonos:

Relación con el paciente:

Fecha: Hora:

.....
Firma

En caso de que el/la paciente y/o la persona responsable sean analfabetos, se les leerá el documento y la huella digital reemplazará a la firma. Si no es posible el consentimiento del/ de la paciente debido a su condición médica psiquiátrica, esto debe quedar por escrito en su historia clínica o ficha de atención.

Firma y sello del médico evaluador:

Servicio de Emergencia
Sala de Observación

INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES

Estimado(a) usuario(a): usted ha acudido al Hospital Hermilio Valdizán para recibir una atención de salud, la cual será brindada por un profesional especializado, o en entrenamiento bajo supervisión directa. Los alumnos de medicina, psicología, enfermería u otra profesión, podrían intervenir como observadores y/o mediante entrevistas supervisadas. La información que usted proporcione será de carácter confidencial. En tal sentido, solicitamos su autorización para la participación de los alumnos, lo cual contribuirá a su desarrollo académico, para que en el futuro sean profesionales altamente capacitados y puedan servir con eficiencia y eficacia a las personas. Si usted no aceptase la presencia de alumnos durante su atención, se le garantizará la misma calidad de atención. Asimismo, usted podrá solicitar la no presencia de los alumnos en el momento que considere conveniente.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES

Yo, de años de edad, identificado(a) con DNI N° declaro que he sido informado(a) de la actividad docente en la que voy a participar y que todas mis dudas al respecto han sido resueltas.

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 en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de atención.

USUARIO Nombre y apellidos: _____ N° de DNI: _____	Firma
PERSONA RESPONSABLE (si fuese necesario) Nombre y apellidos: _____ N° de DNI: _____	Firma
PROFESIONAL QUE INFORMA Y TOMA EL CONSENTIMIENTO Nombre y apellidos: _____ Cargo: _____ N° de DNI: _____	Firma

Lima, de de

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

La Clozapina es un antipsicótico atípico utilizado en pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento.

Es efectiva en un 30 a 50 % de pacientes esquizofrénicos que no responde al tratamiento.

Puede causar : Discrasias sanguíneas y agranulocitosis, convulsiones a dosis elevadas.

El tratamiento con Clozapina requiere control Hematológico semanal durante las primeras 18 semanas y luego mensuales.

Los familiares serán responsables de hacer efectivos dichos controles una vez que haya sido dado de alta la paciente, si no cumplieron con hacerlo asumirán las consecuencias de dicho incumplimiento.

El tratamiento debe ser supervisado por los familiares comprometiéndose a cumplir con las dosis indicadas.

Teniendo conocimiento de los riesgos y beneficios del tratamiento:

Yo con D.N.I. /L.E. N°
acepto que la inicie tratamiento con Clozapina.

Santa Anita, de 2005

Hora:

.....
FIRMA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
CON MEDICACIÓN ANESTESICA**

Nombre del paciente:..... H.C. Pabellón
Persona Responsable. en calidad de
..... del paciente e identificado con DNI, domiciliado en
..... Teléfono.....

Autorizo al Dr. médico psiquiatra, del Hospital Hermilio Valdizán , para la
aplicación de la terapia electroconvulsiva, y al Dr. Abel Zavaleta Rodriguez, médico anesthesiologo del
Hospital Hermilio Valdizán para que administre anestesia general endovenosa a

.....
Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la terapia electroconvulsiva con medicación
anestésica. He leído y entendido y mi familiar quien tiene como diagnóstico
....., será beneficiado con este tipo de terapia.

He sido informado (a) y entiendo sobre los riesgos de la aplicación de la terapia
electroconvulsiva:Apnea prolongada (falta de respiración, convulsión prolongada, confusión
(restableciendose la orientación en la mayoría de pacientes a los 45 minutos después de la aplicación
de la terapia electroconvulsiva), arritmias, euforia, dolor postconvulsivo, convulsiones tardías,
alteraciones cognitivas (sobre todo de memoria).

Asimismo, comprendo que cualquier tipo de anestesia tiene riesgos, peligros y complicaciones
ocasionales. Aunque raras, estas incluyen lesiones temporales o permanentes del cerebro, corazón,
nervios, higado, pulmones como de otros órganos o estructuras corporales. Muy raramente puede
ocurrir parálisis o muerte.

Entiendo que en el curso del procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren
modificar el procedimiento inicialmente consentido o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo
tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si los médico arriba mencionados lo juzgue
necesario.

Habiendo entendido las instrucciones verbales y escritas; en forma voluntaria consiento se aplique
terapia electroconvulsiva con administración de anestesia general endovenosa a mi familiar referido.

.....
DNI. N°.....

.....
DNI. N°.....

Tutor

Paciente

Fecha: de del

Hora:a.m./p.m.