



# Resolución Directoral

Santa Anita, 05 de Enero de 2015.

Visto el Memorando N° 200-SDG-HHV-2014, solicitando la aprobación del Formato de Consentimiento Informado para el Ingreso al Servicio de Hospitalización;

## CONSIDERANDO:

Que, mediante el Memorando de Visto, de fecha 11 de noviembre del 2014, la Dirección General Adjunta del Hospital Hermilio Valdizán, hace llegar el Formato de Consentimiento Informado para el Ingreso al Servicio de Hospitalización, modificado, con la inclusión de la revocatoria realizada por el Comité de Ética en estudios biomédicos, para ser aplicado en los pacientes del Hospital; cuya aprobación solicita, mediante la respectiva Resolución;

Que, el artículo 15°, numeral 15.4 a), de la Ley N° 26842, modificado por la Ley N° 29414, establece que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de su salud, especialmente en las situaciones que detalla el citado artículo;

Que, el anotado dispositivo señala que dicho consentimiento debe constar por escrito, lo cual es concordante con el artículo 40° de la acotada Ley, que establece 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; por lo que resulta pertinente aprobar el referido Formato;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

## SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar el Formato de Consentimiento Informado para el Ingreso al Servicio de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, para ser aplicado en los pacientes del Hospital; el cual forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** El Formato que se aprueba con la presente Resolución es de uso obligatorio para el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte.

**Artículo 3°.-** La Oficina de Estadística e Informática queda encargada de publicar la presente Resolución en la página Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

DISTRIBUCION  
SDG  
DSMAG  
OAJ  
INFORMATICA  
OCI

FIEL RESOLUCIONES I-2015

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital "Hermilio Valdizán"  
Dr. JOHN JULI DEPAE  
Director Adjunto de la Dirección General  
C.M.P. 24367 RNE 13821

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
OFICINA DE ESTADÍSTICA  
E INFORMÁTICA  
16 ENE. 2015  
RECEPCION  
Hora.....Firma.....

**INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION  
INFORMACION PARA EL /LA PACIENTE Y/O PERSONA RESPONSABLE.**

Luego de evaluar al Sr./ Sra./ Srta. .... el Médico Psiquiatra que suscribe ha dado la indicación médica de ingreso al Servicio de Hospitalización de Sector.....de nuestro Hospital, para que reciba el tratamiento médico psiquiátrico y los cuidados necesarios para su mejoría. La permanencia en el servicio de Hospitalización será hasta que su condición médica lo requiera para luego continuar con su tratamiento en consulta externa o su transferencia a otro establecimiento de salud; en caso de que la permanencia en el Servicio de Hospitalización alcance los 45 días, se procederá a una evaluación por una Junta Medica presidida por el Coordinador de Sector.

Durante la estadía en el servicio de hospitalización 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 el servicio de hospitalización el/la paciente será evaluado (a) medicamente 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 de le informara 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 considera pertinente.

**DECLARACION**

Declaro haber leído y realizado las preguntas para comprender mejor y aceptar la información anterior y estoy de acuerdo con la indicación médica de ingreso a Hospitalización, comprometiéndome a colaborar cumpliendo todas las indicaciones médicas y las normas administrativas. Asimismo he sido informado que este procedimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

**PACIENTE (Si su condición médica lo permite)**

Nombre:.....  
Documento de identidad:.....

Dirección:.....  
Teléfonos:.....

.....  
Firma

**PERSONA RESPONSABLE**

Nombre.....  
Documento de identidad:.....

Dirección:.....  
Teléfono:.....  
Parentesco 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 estampara su huella digital en reemplazo de la firma, en presencia de un testigo (familiar u otro). 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**

**Revocación / Rechazo a la hospitalización - procedimiento:**

Nombre de paciente:.....

Firma de paciente: .....

Nombre de familiar:.....

Firma del familiar:.....

Aclaración:.....

Fecha y hora: .....

Miembro del comité de Ética