



Resolución Directoral

Santa Anita, 09 de Marzo de 2016.

Visto el Memorando N° 030-OADI/HHV/2016, Exp. N° 16MP-02140-00, solicitando aprobación del Formato de "ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DOCENTES (Menores de edad)";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Directoral N° 153-DG/HHV-2011, de fecha 09 de junio del 2011, se aprobó el Formato que contiene la "INFORMACION PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DOCENTES" y la "EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DOCENTES" del Hospital Hermilio Valdizán, el cual contiene la autorización del paciente, para la participación de alumnas (os), como observadores en cada atención de salud;

Que, el D.S. N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", en sus artículos 16°, 113° y 114°, prevé el desarrollo de actividades de docencia y de investigación, con participación del paciente, a quien deberá preguntarse si desea aceptar o rehusarse a participar en estas actividades; garantizándose en todo caso la calidad de atención;

Que, lo antes expuesto guarda concordancia con el artículo 40° de la Ley N° 26842, el cual 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, mediante documento de visto, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Hermilio Valdizán, hace llegar un Formato de "ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DOCENTES (Menores de edad)", cuya aprobación solicita en razón que constituye un nuevo Formato a ser utilizado;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Formato de "ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DOCENTES (Menores de edad)", del Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- El Formato que se aprueba con la presente Resolución es de uso obligatorio por todas las Unidades Orgánicas del Hospital donde exista participación de pacientes en actividades de docencia.

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

Regístrese y Comuníquese,

CSC/NSC/pr

DISTRIBUCION

SDG
OADI
DSMAG
OCI
INFORMATICA
FILE : RESOLUCIONES II-2016

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Servicios de Salud
Hospital Hermilio Valdizán
Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo
Director General
CAMPUS SANTA ANITA, MARZO 2016



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES
DOCENTES (Menores de edad)

Hola, mi nombre es _____, ^{METICO} soy trabajador del Hospital Hermilio Valdizán. Quería invitarte a participar en la enseñanza de los estudiantes de las ciencias de la salud.

Los estudiantes podrían intervenir como observadores, examinarte y/o mediante entrevistas supervisadas por un profesional, con total respeto y privacidad.

Tu participación es voluntaria, es decir, si no deseas que los estudiantes participen, bastará con que lo digas y no participarán. No habrá ningún problema. También, si en algún momento ya no deseas participar o responder alguna pregunta, tampoco habrá problemas. Puedes dejar de participar cuando tú lo desees.

Toda la información que nos brindes es confidencial. No diremos a nadie tus respuestas.

Si tienes alguna duda o pregunta, puedes hacérmela cuando desees, ya sea directamente o llamándome al siguiente teléfono: _____

Si aceptas participar pon una (x) en el cuadro que dice "Sí deseo participar" y escribes tus nombres y apellidos. Si no aceptas participar pon una (x) en el cuadro que dice "No deseo participar" y escribes tus nombres y apellidos.

"Sí deseo participar"

"No deseo participar"

Nombres y Apellidos _____

Persona que informa y toma el asentimiento:

Nombres y Apellidos: _____

Cargo: _____

N° DNI _____

Firma _____

Lima, de de