



Moquegua, 10 de octubre de 2023.

VISTOS: El Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 04 de octubre de 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 04 de octubre de 2023 por el Área de Racionalización, el Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 28 de septiembre de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 157-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 2 de septiembre de 2023 por el Medico Prestacional – UGC, los Informes N°s 503 y 584-2023-DIRESA-HRM/11 emitido el 12 de julio y 21 de junio de 2023 por el Departamento de Medicina, respectivamente, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 4° de la mencionada Ley General de Salud, establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico, exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido;

Que, el inciso d) del artículo 15° de la Ley General de Salud, estipula que, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo. Asimismo, el inciso h) establece que, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;

Que, el artículo 40° del mismo cuerpo normativo señala que, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. 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, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente;

Que, por otro lado, se tiene el Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece en su artículo 24 que: Toda persona tiene derecho a otorgar o negar consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que













Moquegua, 10 de octubre de 2023.

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 el artículo 60° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo se establece que, el establecimiento con internamiento debe contar con formatos de consentimiento informado que permitan registrar la autorización del paciente a ser sometido a tratamientos especiales, o pruebas riesgosas o intervenciones que lo puedan afectar psíquica o físicamente. Los formatos señalados en el presente artículo se sujetan a lo dispuesto en la Norma Técnica de Historias Clínicas que aprueba el Ministerio de Salud:



Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", establece que el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficiosa, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;



Que, mediante Informes N°s 503 y 584-2023-DIRESA-HRM/11 emitido el 12 de julio y 21 de junio de 2023, respectivamente, el Departamento de Medicina, remite ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, la propuesta de formatos de consentimientos informados del Departamento de Medicina, para su revisión y aprobación vía acto resolutivo, siendo estos los siguientes:

1. Área de Medicina Física y Rehabilitación:

- Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación.
- Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico no intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación.
- Consentimiento Informado de procedimientos de Fisioterapia Licenciado Tecnólogo Medico en Terapia Física.

2. Departamento de Medicina:

- Consentimiento Informado de Hospitalización de Medicina.
- Consentimiento Informado para punción lumbar.
- Consentimiento Informado de Hemodiálisis.
- Consentimiento Informado para la colocación del Catéter Venoso Central.

3. Servicio de Gastroenterología:

- Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Alta.
- Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Baja o colonoscopia.
- Consentimiento Informado de Paracentesis.

4. Servicio de Neurología:

- Consentimiento Informado de Electromiografía (EMG) y conducción nerviosa.
- Consentimiento Informado de Electroencefalograma.

5. Servicio de Neumología:

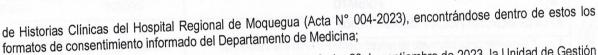
- Consentimiento Informado de Toracocentesis.
- Consentimiento Informado de Broncofibroscopía Flexible

Que, a través de Informe N° 157-2023-DIRESA-HRM/05-BGGV-MC de fecha 26 de septiembre de 2023, el Medico Prestacional - UGC, remite ante la Unidad de Gestión de la Calidad, una serie de formatos de consentimiento informado, a fin de que sean evaluados y aprobados, asimismo indica que los mismos fueron validados por el Comité



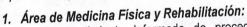


Moquegua, 10 de octubre de 2023.



Que, con Informe N° 695-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 28 de septiembre de 2023, la Unidad de Gestión de Calidad, eleva ante la Dirección Ejecutiva Del Hospital Regional de Moquegua, los formatos de Consentimiento Informado - "Consentimiento Informado del Departamento de Medicina", otorgando opinión favorable a los mismos, por lo que solicita su aprobación, previa revisión;

Que, mediante Informe N° 141-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 04 de octubre de 2023, la responsable del Área de Racionalización, evalúa los formatos de consentimiento informado y otorga opinión técnica favorable a los mismos, encontrándose dentro de estos los "Consentimiento Informado del Departamento de Medicina", el mismo que se le asigna los siguientes códigos:



- Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación. – XI-D.MED-2SME-001
- Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico no intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación. – XI-D.MED-2SME-002
- Consentimiento Informado de procedimientos de Fisioterapia Licenciado Tecnólogo Medico en Terapia Física. - XI-D.MED-2SME-003

Departamento de Medicina: 2.

- Consentimiento Informado de Hospitalización de Medicina. XI-D.MED-001
- Consentimiento Informado para punción lumbar. XI-D.MED-002
- Consentimiento Informado para la colocación del Catéter Venoso Central. XI-D.MED-003
- Consentimiento Informado de Hemodiálisis. XI-D.MED-2SME-004

3. Servicio de Gastroenterología:

- Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Alta. XI-D.MED-004
- Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Baja o colonoscopia. XI-D.MED-005
- Consentimiento Informado de Paracentesis. XI-D.MED-006

4. Servicio de Neurología:

- Consentimiento Informado de Electromiografía (EMG) y conducción nerviosa. XI-D.MED-007
- Consentimiento Informado de Electroencefalograma. XI-D.MED-008

5. Servicio de Neumología:

- Consentimiento Informado de Toracocentesis. XI-D.MED-009
- Consentimiento Informado de Broncofibroscopía Flexible XI-D.MED-010

Que, a través de Informe N° 1213-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha de recepción 05 de octubre de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto a los formatos de consentimiento informado - "Consentimiento Informado del Departamento de Medicina" y lo remite a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua para su aprobación vía acto resolutivo;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Unidad de Gestión de la Calidad y con el proveído de Dirección Ejecutiva que dispone la emisión del acto resolutivo;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR los formatos de "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA", conforme al siguiente detalle:











Moquegua, 10 de octubre de 2023.









N°	FORMATO	CODIGO	FOLIOS
ÁRE	A DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Platers dol Hospital P	Canobility etc.
1	Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación	XI-D.MED-2SME-001	03
2	Consentimiento Informado de procedimiento Fisiátrico no intervencionista Médico Especialista: Medicina Física y Rehabilitación.	XI-D.MED-2SME-002	02
3	Consentimiento Informado de procedimientos de Fisioterapia Licenciado Tecnólogo Medico en Terapia Física	XI-D.MED-2SME-003	02
DEP	ARTAMENTO DE MEDICINA	del Area de Racionalia	eldsanogam
1	Consentimiento Informado de Hospitalización de Medicina	XI-D.MED-001	01 Ambas caras
2	Consentimiento Informado para punción lumbar	XI-D.MED-002	01 Ambas caras
3	Consentimiento Informado para la colocación del Catéter Venoso Central	XI-D.MED-003	01 Ambas caras
4	Consentimiento Informado de Hemodiálisis	XI-D.MED-2SME-004	01 Ambas caras
SERV	ICIO DE GASTROENTEROLOGIA	- Consentimiento in	
1	Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Alta	XI-D.MED-004	01 Ambas caras
2	Consentimiento Informado de Endoscopia Digestiva Baja o colonoscopia	XI-D.MED-005	01 Ambas caras
3	Consentimiento Informado de Paracentesis	XI-D.MED-006	01 Ambas caras
SERV	ICIO DE NEUROLOGIA	- Consummento	
1	Consentimiento Informado de Electromiografía (EMG) y conducción nerviosa	XI-D.MED-007	01 Ambas caras
2	Consentimiento Informado de Electroencefalograma	XI-D.MED-008	01 Ambas caras
SERVI	CIO DE NEUMOLOGIA	Sendolo de Gastroan	
30	Consentimiento Informado de Toracocentesis	XI-D.MED-009	01 Ambas caras
2	Consentimiento Informado de Broncofibroscopía Flexible	XI-D.MED-010	01 Ambas caras

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, al Departamento de Medicina, Área de Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Gastroenterología, Servicio de Neurología y Servicio de Neumología, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión e implementación de uso del formato aprobado en el artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.

IEMP/DIRECCIÓN

(01) O. ADMINISTRACION (01) O. PLANEAMIENTO (01) U.G.C.

(01) U.G.C. (01) D. MEDICINA (01) A. REHABILITACION (01) S. GASTROENTEROLOGIA (01) S. NEUROLOGIA (01) S. NEUROLOGIA (01) ESTADISTICA (01) ESTADISTICA (01) ARCHIVO

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO C.M.P. 53/29 RNE. 042740 DIRECTORA EJECUTIVA





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS FISIATRICO INTERVENCIONISTA MEDICO ESPECIALISTA: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA / SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Hipótesis diagnóstica:		CIE 10:	
Procedimiento:			
Con DNI		Edad:	
Nombres y apellidos			
Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	
(El encabezado será llenado por el	profesional de la salud, el consentimiento por el	l paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)	

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA

Es el conjunto de métodos que mediante la introducción de un medicamento o solo una aguja permite dar tratamiento principalmente al dolor neuromúsculoesquelético, además de la mejoría funcional. Un procedimiento intervencionista está indicado cuando, la persona ha perdido o se encuentra en riesgo de perder de forma temporal o permanente el adecuado movimiento principalmente por dolor, fibrosis, degeneración. Dentro del esquema de tratamiento están incluidas pruebas de evaluación para determinar el nivel de la lesión o disfunción.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS FISIÁTRICOS INTERVENCIONISTA:

- Bloqueo Paraespinal/Facetarío
- Infiltración con corticoide a nivel articular y tejido blando
- Artrocentesis
- Proloterapia (terapia regenerativa)

- Estimulación intramuscular de chan gunn
- Agujamiento e inyección de punto gatillo
- Acupuntura
- Electroacupuntura
- Terapia neural

RIESGOS GENERALES:

- Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría).
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados.
- Molestias locales en el punto de punción, que pueden ser leves o intensas y desaparecer o prolongarse en el tiempo.
- Descompensación de su dolor (lumbociatalgia) debido a la posición adoptada en la camilla para la práctica del procedimiento.
- SÍNCOPE VASOVAGAL: Es un mareo que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (visión de sangre, agujas, etc). Por un cuadro de nerviosismo o de ansiedad. Consiste en una sensación de sudor, calor o frío y desvanecimiento. Es reversible en manos expertas. Debe avisar al médico de inmediato si presenta alguno de estos síntomas.
- Infección: acuda de inmediato a urgencias si presenta calor y enrojecimiento de la zona infiltrada, especialmente si se acompaña de fiebre o si pierde sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo. Infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción, que podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.
- Descompensación de otras enfermedades de base que usted padezca (arritmias cardíacas, enfermedades neurológicas, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, diabetes, miastenia, esclerosis múltiple, presión alta...).
- Malformaciones del feto en caso de que esté embarazada. Si está embarazada o sospecha que puede estarlo, es fundamental que lo comunique al médico que le va a hacer la infiltración. De esta forma se podrán reducir al mínimo los efectos sobre su bebé o buscar otras alternativas a la infiltración.
- Aumento del dolor habitual que puede empeorar su estado previo. (Proloterapia e infiltración).







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

EFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS AL USO DE CORTICOIDES:

- Insuficiencia adrenal (bajadas de tensión, debilidad, pérdida o ganancia de peso, pérdida de apetito, depresión, dolor abdominal, desaparición de la regla).
- · Osteoporosis, Aumento del azúcar en sangre, Subida de la tensión.
- Cambios del color de la piel, atrofia (destrucción) de la piel o de la grasa, caída del pelo, calor y rojez en la cara, rotura de tendones, atrofia muscular, irritación de los nervios, sangrado en el punto de punción o en otras partes del cuerpo, úlcera de
- estómago, ansiedad.
- Debilidad muscular local, regional o generalizada, lo que se conoce como miopatía por corticoides.
- Trombosis de un vaso, lo que implicaría la muerte del tejido al que aporta sangre ese vaso sanguíneo.

EFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS CON EL USO DE ANESTÉSICOS LOCALES:

- · Arritmias, mareos, bajada de tensión.
- · Convulsiones.
- Signos de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos.

EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES EN CASOS PARTICULARES:

Debido a su estado de salud y situación clínica pueden estar aumentados la frecuencia y la gravedad de los riesgos o complicaciones, como:

- ALERGIAS: Advierta a su médico si tiene alergia a alguna medicación, en especial los corticoides, los derivados de anestésicos locales.
- ANTICOAGULANTES: En caso de que tome medicamentos que afecten a la coagulación de la sangre, recuerde que puede ser necesario cambiarlos, según las recomendaciones de su médico, unos días antes de la prueba.
- DIABETES e HIPERTENSIÓN: Informe a su médico si es diabético o si toma medicación para la tensión arterial. Es
 posible que tenga que hacer cambios o ajustes en su medicación tanto el día del procedimiento como en días
 posteriores.
- EMBARAZO y/o LACTANCIA: Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia.

RECOMENDACIONES:

- No conduzca ni consuma alcohol durante las 24 horas posteriores al procedimiento.
- Por su seguridad tras el procedimiento, se recomienda que venga acompañado. Es importante que tras el alta médica tenga ayuda para los desplazamientos, independientemente de cómo haya acudido al hospital.
- Después del procedimiento, siga las instrucciones de su médico y del personal técnico. Es importante que guarde reposo relativo durante al menos 24 horas y que acuda de inmediato a urgencias si presenta alguna de las complicaciones descritas anteriormente en este documento.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Hay efectos beneficiosos asociados con estos métodos de tratamiento incluyendo disminución del dolor, función y movilidad mejorada, y reducción del espasmo del músculo. Sin embargo, no hay certeza de estos beneficios. La práctica sanitaria, no es una ciencia exacta y no existe ninguna garantía sobre el resultado certero de estos métodos. Tiene derecho tanto a prestar consentimiento para su tratamiento previa información, como a consentir sin recibir información y, en cualquier caso, a retirar su consentimiento en cualquier momento previo a la realización de la técnica o durante ella.

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.Cl.	N° Cama	Servicio





CONSENTIMIENTO INFORMADO



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Yo:	de:
	nero: en mi calidad de: PACIENTE (
APODERADO () parentesco:	 uego de hacer sido informado sobre mis derechos como person
usuaria de los servicios de salud y en cumplimentó a	uego de nacer sido informado sobre mis defectios como person a lo establecido en la lev Nº 29414
DECLARO:	The establection of the leg tv 20414.
Que el Médico	con CMP N°, y RN
N°, me ha explicado que es co	onveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de r
apoderado la realización del procedimiento de	sobre el cu
he sido informado detalladamente. Así mismo he cor	mprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones d
mismo. Por lo tanto, con la información completa, op	ortuna y sin presion; yo, voluntaria y libremente: PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO FISIATRICO
	PECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
	TOWNER OF THE PROPERTY OF THE
Nombre del procedimiento:	
Firma del paciente o apoderado Huella digital	Firma y sello del Médico tratante
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
	CMP RNE
DNI/CE/otroN°	CMP RNE
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIE	ENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO FISIATRICO
Fecha://20; Hora::hs	NIº Lliatoria Olínica
1 ecita	N° Historia Clínica:
Yo	
De años, identificado con DNI/CI	E/otro N°
En mi calidad de: paciente (), apoderado (), parel	ntesco: l equipo médico tratante y los riesgos que implica no realizar E
	r equipo medico tratante y los nesgos que implica no realizar E TA, manifiesto en forma libre mi DENEGACIÓN /REVOCACIÓ
	consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerano
de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegu	
Firma del paciente o apoderado	Firma y sello del Médico tratante
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos:
Nombres y apellidos.	Nombres y apellidos.
DNI/CE/otro N°	CMPRNE
APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.Cl. N° Cama Servicio
	331100





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO FISIATRICO NO INTERVENCIONISTA MEDICO ESPECIALISTA: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA / SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Hipótesis diagnóstica:		CIE 10:
Con DNI Procedimiento:		Edad:
Nombres y apellidos		
Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:
		el paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO INTERVENCIONISTA:

Es el conjunto de métodos que, mediante la prescripción de una ayuda biomecánica, evaluación funcional, manipulación o movilización permite dar tratamiento principalmente al dolor neuromúsculoesquelético, además determinar la condición funcional del paciente. Un procedimiento no intervencionista está indicado cuando, la persona ha perdido o se encuentra en riesgo de perder de forma temporal o permanente el adecuado movimiento principalmente por dolor, fibrosis, degeneración. Dentro del esquema de tratamiento están incluidas pruebas de evaluación para determinar el nivel de la lesión o disfunción.



LISTA DE PROCEDIMIENTOS FISIÁTRICOS NO INTERVENCIONISTAS:

- Técnicas de medicina manual ortopédica: Manipulación Vertebral, etc
- Prescripción de ayudas biomecánicas: Plantillas, zapatos ortopédicos, corsets, etc
- Aplicación de Kinesio Taping
- Pruebas funcionales: Caminata de 6 minutos, etc

RIESGOS GENERALES:

- Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría).
- Molestias locales que pueden ser leves o intensas y desaparecer o prolongarse en el tiempo.
- Descompensación de su dolor (lumbociatalgia) debido a la posición adoptada en la camilla para la práctica del procedimiento.
- SÍNCOPE VASOVAGAL: Es un mareo que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (visión de sangre, agujas, etc). Por un cuadro de nerviosismo o de ansiedad. Consiste en una sensación de sudor, calor o frío y desvanecimiento. Es reversible en manos expertas. Debe avisar al médico de inmediato si presenta alguno de estos síntomas.
- Si está embarazada o sospecha que puede estarlo, es fundamental que lo comunique al médico.

CONTRAINDICACIONES:

- Presentar fragilidad vertebral por lesión traumática, tumoral, infecciosa, inflamatoria, congénita, metabólica, estática.
- Patologías con etiología neurológica: Perdida en la fuerza, sensibilidad.
- Sea aplicada por un manipulador inexperto o inconsciente de la técnica en específico que se va a realizar.
- Existe dolor e insuficiencia vertebrobasilar.
- Alteraciones psíquicas.

RECOMENDACIONES:

- No conduzca ni consuma alcohol durante las 24 horas posteriores al procedimiento.
- Después del procedimiento, siga las instrucciones de su médico y del personal técnico. Es importante que guarde reposo
 relativo durante al menos 24 horas y que acuda de inmediato a urgencias si presenta alguna de las complicaciones descritas
 anteriormente en este documento.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Hay efectos beneficiosos asociados con estos métodos de tratamiento incluyendo disminución del dolor, función, movilidad mejorada y reducción del espasmo del músculo. Sin embargo, no hay certeza de estos beneficios. La práctica sanitaria, no es una ciencia exacta y no existe ninguna garantía sobre el resultado certero de estos métodos. Tiene derecho tanto a prestar consentimiento para su tratamiento previa información, como a consentir sin recibir información y, en cualquier caso, a retirar su consentimiento en cualquier momento previo a la realización de la técnica o durante ella.



CONSENTIMIENTO INFORMADO



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

	Yo:			de:	
	años de edad, con DNI () o CE () otros () APODERADO () parentesco:	número:	er	n mi calidad de: PA	ACIENTE (),
	APODERADO () parentesco: En pleno conocimiento de mis facultades menta usuaria de los servicios de salud y en cumplime DECLARO:	les, luego de ha ntó a lo estable	acer sido informado so cido en la ley N° 2941	bre mis derechos 4.	como persona
			con C	MP N°	. v RNE
	Que el Médico, me ha explicado que e apoderado la realización del procedimiento de _	es conveniente	necesario, debido al	estado de salud	mío o de mi
	apoderado la realización del procedimiento de _he sido informado detalladamente. Así mismo he	e comprendido	los beneficios, probab	les riesgos o comp	licaciones del
	mismo. Por lo tanto, con la información complet	a, oportuna y si	n presión; yo, voluntar	ria y libremente:	
	SI ACEPTO (), NO ACEPTO (PROCEDER (CON EL PROCEDIMIE	NTO FISIATRICO	NO
	INTERVENCIONISTA POR MEDICO	ESPECIALIST	A EN MEDICINA FIS	ICA Y REHABILIT	ACION
	Nombre del procedimiento:				
		_			
	Firms del pesiente e anadonado Huella digita				
nional de Moo	Firma dei paciente o apoderado	"	Firma y sello del Médico	o tratante	
O TEE	Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:		
(101=10) · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	DNI/CE/otroN°		CMP	_ RNE	
Ta SMF y Refield	DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CON	SENTIMIENTO	INFORMADO DEL P	ROCEDIMIENTO	FISIATRICO NO
	INTERVENCIONISTA			~~~	
	Fecha://20; Hora::	hs N	N° Historia Clínica:		
	Yo				
	De años, identificado con DI	VI/CE/otro	N°		
	En mi calidad de: paciente (), apoderado (),	oarentesco:			
	Que a pesar de toda la información entregada p	or el equipo me	édico tratante y los rie	sgos que implica r	no realizar EL
	PROCEDIMIENTO FISIATRICO NO INTER	VENCIONISTA	, manifiesto en foi	rma libre mi D	ENEGACIÓN
	IREVOCACIÓN para su realización, haciéndon decisión, exonerando de responsabilidad al Hos	ne responsable	de las consecuencia	is que puedan de	rivarse de mi
	decision, exonerando de responsabilidad al nos	pitai Kegioriai d	e Moquegua.		
	Firms del marianta anno del Huella digital				
	Firma del paciente o apoderado Nombres y apellidos:		Firma y sello del Méd	dico tratante	
	Nombres y apelilos:		Nombres y apellidos		
	DNI/CE/otroN°	_	CMP	RNE	
	APELLIDOS Y NOMBRES		N° H.Cl.	N° Cama	Servicio
	Alexander and the second and the sec				





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPIA LICENCIADO TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA / SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

(El encabezado será llenado por el Fecha:	l profesional de la salud, el consentimiento por el p Hora:	paciente o apoderado y explicado por el médico tratante) N° H. Cl.:
Nombres y apellidos		
Con DNI		Edad:
Procedimiento:		
Hipótesis diagnóstica:		CIE 10:

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es el conjunto de métodos que mediante la aplicación de agentes físicos permite curar, recuperar, adaptar y prevenir las disfunciones físicas de orden músculoesquelético y neurológico. Dentro del esquema de tratamiento es importante la evaluación fisioterapéutica que incluyen las pruebas manuales para determinar el nivel de la lesión, así como, la fuerza muscular basal, las capacidades funcionales, la amplitud de movimiento articular, para a partir de estas determinaciones definir las ayudas necesarias para recuperar la independencia funcional. Dependiendo de la técnica, su fisioterapeuta le indicará que se desprenda de objetos metálicos que porte (medallas, cadenas, llaveros, monedas, cinturones, etc.)

RIESGOS

La Fisioterapia tiene muy pocos riesgos, tales como:

- Dolor: con el ejercicio es posible experimentar dolor muscular en los primeros tratamientos.
- Mareo: los síntomas temporales como el mareo y la náusea pueden ocurrir, pero son relativamente raros.
- fracturas: en casos esporádicos debido a deformidades o las patologías, (osteoporosis) pueden volver al paciente susceptible de lesión. El fisioterapeuta seguirá con cautela adicional.
- Quemaduras leves: pueden ser causadas debido a piel muy sensible (Agentes Fisicos-Electroterapia)

CONTRAINDICACIONES GENERALES

A) Absolutas:

- Los tumores malignos.
- Cardiopatías descompensadas, endocarditis activas, hemopatías, tuberculosis (para la cinesiterapia activa).
- Bronquitis crónica descompensada.
- Trombosis o hemorragias activas.
- Marcapasos y/o dispositivos intracardiacos (Electroterapia).
- B) Relativas
- Derrame sinovial, hemartros y heridas recientes de partes blandas (para la cinesiterapia pasiva y termoterapia).
- Dermatología: micosis y dermatitis piógena.
- Epilépticos no controlados y síndromes coréicos.
- Cualquier herida abierta, en la zona a tratar.
- Hipertensión arterial y varices sin control médico.
- Pacientes que puedan propagar algún tipo de infección debido a la patología que sufren.
- Estados febriles y/o de debilidad extrema.
- Implantes metálicos internos como endoprótesis, material de osteosíntesis, etc. (electroterapia de media y alta frecuencia).

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Hay efectos beneficiosos asociados con estos métodos de tratamiento incluyendo disminución del dolor, función y movilidad mejorada, y reducción del espasmo del músculo. Tiene derecho tanto a prestar consentimiento para su tratamiento previa información, como a consentir sin recibir información y, en cualquier caso, a retirar su consentimiento en cualquier momento previo a la realización de la técnica o durante ella.







"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:			d	le:
ro:años de edad, con DNI () o CE () otros ()	número:	en	mi calidad de :	PACIENTE (),
APODERADO () parentesco: En pleno conocimiento de mis facultades menta Isuaria de los servicios de salud y en cumplime de las Personas Usuarias de las Servicios de Sa DECLARO:	les, luego de hacer entó a lo establecid	sido informado so o en la ley N° 294	bre mis derecho 14, que estable	os como persona ece los Derechos
Que el Médico Tratante, me ha explicado que				con
CMP N°, me ha explicado que apoderado la realización del procedimiento letalladamente. Así mismo he comprendido lo anto, con la información completa, oportuna y s	paras beneficios, proba	sob	re el cual he mplicaciones de	sido informado
SI ACEPTO (), NO ACEPTO () LICENCIADO TE	CONSENTIR EL F CNOLOGO MEDIO	PROCEDIMIENTO O EN TERAPIA F	DE FISIOTERA	APIA POR
Nombre del procedimiento:			The second secon	
Firma del paciente o apoderado Nombres y apellidos:		Firma	y sello del Médico i Nombres y apellido	tratante s:
DNI/CE/otroN°		CMP	N°:	
Firma y sello del	profesional no médico: Nombres y apellic		ísica	
		dos:	ísica	
	Nombres y apellic	ORMADO DE	_	
Colegio DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS	Nombres y apellic	ORMADO DE	NOMBRE DEL PROC	EDIMIENTO)
Colegio DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS	Nombres y apellic	ORMADO DE	NOMBRE DEL PROC	
Colegio DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS echa: /_ /20; Hora::hs	Nombres y apellicon Profesional N° SENTIMIENTO INFO	ORMADO DE	NOMBRE DEL PROC	e cama:
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS echa: / /20 ; Hora: hs o	Nombres y apellico Profesional N° SENTIMIENTO INFO N° H	DRMADO DE istoria Clínica:	NOMBRE DEL PROC	e cama:
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS echa://20; Hora:: hs o eaños, identificado con DN n mi calidad de: paciente (), apoderado (), pue a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° SENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro parentesco: por el equipo méd	DRMADO DE istoria Clínica: N° ico tratante y los	NOMBRE DEL PROC N° de	e cama: plica no realizar
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS cha: / /20 ; Hora: _ : _ hs De años, identificado con DN n mi calidad de: paciente (), apoderado (), p ue a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° SENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro por el equipo méd ma libre mi DENI	DRMADO DE istoria Clínica: N° ico tratante y los EGACIÓN /REVO	NOMBRE DEL PROCE N° de riesgos que im	e cama: plica no realizar su realización,
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS cha: / /20 ; Hora: _ : _ hs column hs de la paciente (), apoderado (), pue a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° SENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro por el equipo méd ma libre mi DENI	DRMADO DE istoria Clínica: N° ico tratante y los EGACIÓN /REVO	NOMBRE DEL PROCE N° de riesgos que im	e cama: plica no realizar su realización,
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS cha: / /20 ; Hora: _ : _ hs column hs de la paciente (), apoderado (), pue a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° SENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro por el equipo méd ma libre mi DENI	istoria Clínica: N° ico tratante y los EGACIÓN /REVO se de mi decisión,	NOMBRE DEL PROC N° de riesgos que im OCACIÓN para exonerando de	e cama: plica no realizar su realización, responsabilidad
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS cha: / /20 ; Hora: _ : _ hs ce años, identificado con Di n mi calidad de: paciente (), apoderado (), p ue a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° DENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro parentesco: por el equipo méd ma libre mi DENI que puedan derivars	istoria Clínica: N° ico tratante y los EGACIÓN /REVO se de mi decisión,	NOMBRE DEL PROCE N° de riesgos que im	e cama: plica no realizar su realización, responsabilidad
Colegic DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS echa://20; Hora:: hs oaños, identificado con Dñ n mi calidad de: paciente (), apoderado (), p ue a pesar de toda la información entregada, manifiesto en for aciéndome responsable de las consecuencias o Hospital Regional de Moquegua.	Nombres y apellico Profesional N° DENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro parentesco: por el equipo méd ma libre mi DENI que puedan derivars	istoria Clínica: istoria Clínica: ico tratante y los EGACIÓN /REVO se de mi decisión, Firma y sello d que rec mbres y apellidos:	NOMBRE DEL PROC N° de riesgos que im CACIÓN para exonerando de	e cama: plica no realizar su realización, responsabilidad Médico
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONS echa: / /20; Hora: : hs fo años, identificado con Dñ in mi calidad de: paciente (), apoderado (), p Que a pesar de toda la información entregada	Nombres y apellico Profesional N° DENTIMIENTO INFO N° H NI/CE/otro parentesco: por el equipo méd ma libre mi DENI que puedan derivars	istoria Clínica: istoria Clínica: ico tratante y los EGACIÓN /REVO se de mi decisión, Firma y sello d que rec mbres y apellidos:	riesgos que imocACIÓN para exonerando de	e cama: plica no realizar su realización, responsabilidad Médico

AF



profesional de salud docente.



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Fecha: Nombres y apellidos	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos	OV STOCKER HIE & COUNTY	AND THE RESERVE OF THE PARTY OF	SERVICE OF THE RESTRICT OF THE PERSON.
Con DNI			Edad:
DECLARARACIÓN DEL PAC	IENTE:	TUE FITHBENDO () OT	PERMITTED TO PROPERTY.
0:	CE / \ otros / \ \ númoro:	on.	de: mi calidad de : PACIENTE (
APODERADO () parentesco:	JE () ollos () fluffiero	en	IIII Calidad de . FACIENTE ()
En pleno conocimiento de mis	facultades mentales, luego c ud y en cumplimentó a lo es as Servicios de Salud.		bre mis derechos como person 14, que establece los Derecho
		nóstico presuntivo ()	o definitivo () que es
Hospital Regional de Moquegu que me realicen estudios y/o re le acuerdo a la indicación méd Autorizo a que se realii para la administración de colocación de catéter vi de heridas, higiene y as Es caso de procedimier Declaro, que no oculto negativamente, el estudi Me han explicado que a y/o recuperación integ complicaciones como: i la zona de aplicación de informará al familiar res La evolución de la enfe será necesario actuar de incluyendo tratamientos sea posible. Para lo cua del presente documento Se me brindará informa médico por el sistema de	a, y he comprendido lo sigui eciba el tratamiento especificia, y será realizado por el e cen a mi persona o a mi ar de medicamentos (vía oral, in enoso periférico, aplicación seo, cuidados de la piel, u ota ntos de mayor complejidad seo o ninguna información sobratio y el tratamiento y más aú aún el mejor estudio y tratar gral de mi salud, y aun inflamación de los sitios de pa de los medicamentos y/o responsable, se darán los cuida ermedad que padezco o mi de forma inmediata y realiza so traslados a otro servicio lo al autorizo, designo y consiguo de turnos imperante.	iente: El Internamiento (hos cado correspondiente, a las equipo de profesionales de la poderado procedimientos sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, intravenosa, sontramuscular, colocación de tras relacionadas con mi conse me consultará para la autre mi salud o la de mi a sún si es una enfermedad comiento no puede asegurar los procedimientos médico punción, alergias. Lesión er etiro accidental de los dispados inmediatos y necesaria apoderado puede ser rápicar los procedimientos necesor que se me informará a mi ano el nombre de la persona de salud, pero no siempre de salud mío o de mi apode de salud mío o de mio apode de la de salud mío o de mio apode de salud mío o de mio apode de la de sal	utorización correspondiente. upoderado que pudiera afectar untagiosa. Ia ausencia de complicaciones cos simples pueden produci n la piel y tejidos, dolor local en positivos médicos a lo que se ios según el caso. idamente cambiante por lo que esarios para mir recuperación, apoderado o familiar tan pronto a responsable y teléfono al fina recibiré información del mismo lerado y para evitar accidentes

estancia o la de mi apoderado a las que voluntariamente acepto las que serán bajo la supervisión del





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

 Autorizo el uso de mis datos personales, de manera libre, previa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 297333 Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento.

Declaro que otorgo el presente consentimiento informado en forma libre y voluntaria, luego de haberme brindado información amplia y concreta sobre los benéficos y riesgos, complicaciones o eventos negativos que puedan presentar en las intervenciones en hospitalización, EXONERANDO DE RESPONSABILIDAD administrativa, civil o penal a la persona de salud y al Hospital Regional de Moquegua de los efectos que puedan presentarse con respecto a la salud mía o de mi a o de mi apoderado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de la lectura precedente con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

SI ACEPTO (), NO ACEPTO () CONSENTIR EL PROCESO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA

OMDIA V SDEUDOS			Ange Inchen I	
ombre y apellidos:	parenteso	o (opcional)	et aim on atasic	pleno odneci
propried for economics and in the high	no Ahimal-Inter	t Services de Calun.		
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digital	Noi	ello del Médico trat mbres y apellidos:	
DNI/CE/otro: N° N° de celular:	l equ _{ne} o de pende	CMP N°:		
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE	CONSENTIMIE MEDICII	NTO INFORMADO DE NA	HOSPITALIZA	CIÓN DE
Fecha://20; Hora::	hs	N° Historia Clínica:	N° de	cama:
Lipping of the English Company of the Company of th				
n mi calidad de: paciente (), apoderado (que a pesar de toda la información entregad), parentesco:_ a por el médico (DENEGACIÓN (ratante sobre los riesgo	s que implica el	e responsable
ne años, identificado con in mi calidad de: paciente (), apoderado (Que a pesar de toda la información entregad OLUNTARIA, manifiesto en forma libre mi as consecuencias que puedan derivarse d), parentesco:_ a por el médico (DENEGACIÓN (ratante sobre los riesgo	s que implica el	e responsable
ne años, identificado con n mi calidad de: paciente (), apoderado (Que a pesar de toda la información entregad OLUNTARIA, manifiesto en forma libre mi as consecuencias que puedan derivarse d), parentesco:_ a por el médico (DENEGACIÓN (ratante sobre los riesgo () O REVOCATORIA (xonerando de responsa Firma y sello del P	s que implica el (), haciéndome abilidad al Hos	pital Regional
), parentesco:_ la por el médico (DENEGACIÓN) e mi decisión, e Huella Digital	ratante sobre los riesgo () O REVOCATORIA (xonerando de responsa Firma y sello del P	s que implica el (), haciéndome abilidad al Hos rofesional no Médio revocatoria.	co que recibe la





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			300000
Con DNI	hat take a tradition of the fact of the fact of		Edad:
Procedimiento quirúrgico prop	uesto:	SADIO ANGOSCONA DIGE	
Hipótesis diagnóstica:			
EXPLICACIÓN DEL PROCED	DIMIENTO:		
EXPLICACION DEL PROCEL El médico(a) gastroenterólogo complicaciones de reflujo ga inexplicables, anemia ferropén gastrointestinal o toma de m realización del procedimiento p	o(a) indica se requiere de es astroesofágico, dispepsia, d nica, presencia de várices eso uestras diagnósticas (biopsia	olor abdominal, dolor torá fágicas y/o gástricas; deteri s). En algunas ocasiones	ácico no cardiaco, vómito minar el origen del sangrad
El médico(a) gastroenterólogo complicaciones de reflujo ga inexplicables, anemia ferropén gastrointestinal o toma de m	o(a) indica se requiere de es astroesofágico, dispepsia, d nica, presencia de várices eso uestras diagnósticas (biopsia puede ser filmada con fines cie	olor abdominal, dolor torá fágicas y/o gástricas; deteri s). En algunas ocasiones	ácico no minar el

Evaluar del tracto digestivo alto, el que incluye esófago, estómago y duodeno, para llegar a un diagnóstico certero de acuerdo con el caso del paciente.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Diagnóstico de patología esofágica, gástrica y/o duodenal con toma de muestras diagnósticas en caso de requerirse, para brindar un tratamiento adecuado y oportuno, de ser necesario.
- Mediante este procedimiento también puede realizar tratamientos especiales como: dilatación del esófago, ligadura y/o esclerosis de varices esofágica, polipectomía, inyectoterapia, clips, argón plasma, colocación de sondas de gastrostomía, sondas nasoyeyunales.

RIESGOS O COMPLICACIONES

Sedación profunda y sangrado por la biopsia que son bastante infrecuentes; así mismo en la zona de inyección puede presentarse una equimosis (morado) por haber derramado un poco de sangre fuera de la vena, pero luego de 3 o 4 días se reabsorbe espontáneamente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No llegar al diagnóstico correcto y por lo tanto no brindar el tratamiento adecuado y oportuno a la patología que pueda presentar el paciente.

RIESGOS EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE

Paciente con comorbilidades (otras patologías de fondo) tienen más riesgo de sangrado, neumonía aspirativa, bacteriemia, perforación del tubo digestivo y paro cardiorrespiratorio.

Riesgos personalizados: Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado () De acuerdo a enfermedad de fondo ()

RECOMENDACIONES/OBSERVACIONES

Ayuno 8 horas antes si son alimentos sólidos, 6 horas antes líquidos.





ONSENTIMIENTO INFORMADO				example of the second	de:
o:) número:	OTHERTO	raagan_e	n mi calidad de	: PACIENTE (),
PODERADO () parentesco:	entales, luego limentó a lo	YEAR HE DO O	- ! - ! - farmada c	ohro mis derect	nos como persona
ECLARO:				con CMP N°	illags v saramett,
Que el Médico tratante ne ha explicado detalladamente que es cor ealización del procedimiento de ENDOSO probables riesgos o complicaciones del mis voluntaria y libremente:	mo. Por lo ta	anto, con la	a información con	npleta, oportuna	a y sin presión; yo,
SI ACEPTO (), NO ACEPTO ()	CONSENTIF	EL PRO	CESO DE LA EN	DOSCOPIA DI	GESTIVA ALTA
	n repeat you	ob statistical and			
Firma del paciente o representante legal.	inugis na (inticos o didi	esia loni i raio loni	seolizo quib des ioa <u>nberniñ dau s</u> e	y sello del Médico t	ratanta
Nombres y apellidos:	Huella Dig	ital		Nombres y apellidos	
e de blances et ac remerido. Primero la	HO TOO TON	apout y	CMP N°:	o ne elnemaio	mily providence in the
DNI/CE/otro: N° N° de celular:		ine atmig	neg al no-entro	alix ob cultimen	
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE C	ONSENTIM	ENTO INF	ORMADO DE E	NDOSCOPÍA D	IGESTIVA ALTA
Fecha://20; Hora::					de cama:
M-		8/25.	nuveydaan asbn	antrostorna, so	g eo anbrida
Yoaños, identificado c	on DNI/CE/o	otro	N°	TORGINANTS	RESCOS O COME edación controls
En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entres ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA, manifie procedimiento, haciéndome responsable d responsabilidad al Hospital Regional de Mo	gada por el r sto en forma e las consec	nédico tra libre mi D	ENEGACION (OREVOCATO	JRIA () para ulcir
	PACIENTE enen mas n	EG (30)			
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Di	gital	LDE BU () obsvi	l Profesional no Mé revocatoria.	
				Nombres y apellido	S:
DNI/CE/otro: N° N° de celular:		2 ashis as	N° Colegiatu	ıra Profesional:	ring sand it on by
APELLIDOS Y NOMBRES		N° H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de seguro





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA O COLONOSCOPIA **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

(El encabezado será llenado por el profesional de la salud, el consentimiento por el paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			_ Naveri assetti te pi
Con DNI		TO THE REPORT OF THE PROPERTY OF	Edad:
Procedimiento quirúrgico propu	uesto:	Superior Control and Control	
lipótesis diagnóstica:			CIE 10:
VDI IOAGIÓN DEL DOGGED			

EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO

Se requiere una preparación previa al procedimiento que consiste en dieta y la toma de laxantes con el fin de que el colon se encuentre limpio sin restos de heces, de manera que se pueda evaluar correctamente la mucosa colónica: en caso el paciente no se prepare de forma adecuada y al ingresar al colon se encuentre presencia de heces se procederá a suspender el procedimiento.

El procedimiento al que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) inclusive los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. Este tubo (endoscopio) lleva un sistema de iluminación y una cámara. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso, así como para el tratamiento de algunas de ellas (extirpar pólipos, destruir lesiones mediante la aplicación de calor, qas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis). La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

¿CÓMO SE REALIZA?

Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado derecho o izquierdo) y, tras la introducción anorectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico y realizar técnicas de coagulación en caso de sangrado. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

¿QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ?

El paso del endoscopio por el intestino provoca malestar y sensación de hinchazón. Puede haber momentos de dolor, de corta duración. Una vez finalizada la exploración, queda sensación de gases que pasa en poco tiempo. Si se han hecho tratamientos o hay lesiones, como hemorroides, puede verse alguna pequeña hebra de sangre en la primera deposición tras la exploración.

DURANTE LA EXPLORACIÓN SE PUEDEN REALIZAR TRATAMIENTOS COMO

Extirpar pólipos (polipectomía o extirpación de pequeños tumores benignos y a veces también malignos), destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis. En algunos casos puede no lograrse completar la exploración de todo el colon o ser aconsejable realizar más de una sesión.

RIESGOS FRECUENTES

Dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como polipectomías, destrucción de lesiones con calor, gas argón o láser, dilataciones o colocación de prótesis

RIESGOS GRAVES

Las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Entre ellas están: perforación o rotura del intestino, hemorragia, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares, rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados. Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto. La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones. Riesgos personalizados:







Sious de edad, con DNI() o CE() otros() número:	DNSENTIMIENTO INFORMADO		THE STATE OF		de	:
pleno conocimiento de mis facultades mentales, lugo de lades advisados en la ley N° 29414, que establece los Derechos usaria de los servicios de Salud y en cumplimentó a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos usaria de los servicios de Salud y en cumplimento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos usaria de los servicios de Salud y en cumplimento de Salud. CON CMP N° ue el Médico Tratante	os de edad, con DNI () o CE () otros () número:	A pella	en r	ni calidad de :	PACIENTE (),
Le et Médico Tratante	pleno conocimiento de mis facultades ment	letito a lo cotab	acer si lecido	do informado sob en la ley N° 2941	re mis derecho 4, que estable	ce los Derechos
le el Médico Tratante	CLARO:					con CMP N°
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	oderado la realización del procedimiento de mprendido los beneficios, probables riesgo ortuna y sin presión; yo, voluntaria y libreme	s o complicacio ente:	nes de	este. Por lo tanto	o, con la inform	ación completa,
Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	SI ACEPTO (), NO ACEPTO () CON	ISENTIR EL PR BAJA O COLON	OCED	IMIENTO DE LA PIA	ENDOSCOPÍA	DIGESTIVA
Nombres y apellidos: DNI/CE/otro:N°	Firma del naciente o representante legal.	y al ingresar i na epionoscop	ebrao:	era do fuma edi dimiento a a semeteras se	nig de on sin open e proce V baten naplis	en caro el pase procedent a surp El pro <u>cedimiento</u>
DNI/CE/otro:N°	and the state of the control of the	Huella Digital	sia hu i	Firma y s Nor	ello del Medico trai nbres y apellidos:	ante
Firma y sello del Lic. Enfermeria Asistente Nombres y apellidos: CEP N°	authority production and an entitle an extraction	yeu is sang on	00 88	CMD No.	e reducito dup	de el francededes
Firma y sello del Lic. Enfermeria Asistente Nombres y apellidos: CEP N° DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPÍA DIGESTIVA BAJA O COLONOSCOPÍA Fecha: //20 ; Hora: hs N° Historia Clínica: N° de cama: o_ eaños, identificado con DNI/CE/otro n mi calidad de: paciente (), apoderado (), parentesco: ue a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica la no realización la la ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA O COLONOSCOPIA, manifiesto en forma libre mi DENEGACIÓN () C EVOCATORIA () para su ejecución, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de m ecisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua. Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos: N° Colegiatura Profesional: N° Colegiatura Profesional: N° Colegiatura Profesional:	ONI/CE/otro: N°	n n znaminek z	and no	a chemià me en	um hthe indhane	on los rayon to
Fecha://20; Hora: hs	DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE	CONSENTIMIE	NTO II	NFORMADO DE I	ENDOSCOPÍA	DIGESTIVA
Deaños, identificado con DNI/CE/otroN°	hirrinazóa, P-13de habar moraentos pu-delt	un mõineamea v	a meller seeke		N° de d	eama:
in mi calidad de: paciente (), apoderado (), parentesco:	0años identificado con	DNI/CE/otro	ASILE	N°	notest yett a er antheololises Michagan ke	andingial orban of and obligace Or a campage
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	n mi calidad de: paciente (), apoderado (Que a pesar de toda la información entregac e la ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA O (EVOCATORIA () para su ejecución, hació), parentesco:_ la por el médico COLONOSCOP éndome respons	tratar IA, ma sable d	te sobre los riesg nifiesto en forma e las consecuenc	libre mi DENE	GACION () O
Nombres y apellidos: Huella Digital Firma y sello del Profesional no Medico que recibe la revocatoria. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N° N° Colegiatura Profesional: N° de celular: N° Colegiatura Profesional: N° Colegiatura Profesional	ecisión, exonerando de responsabilidad al F	lospital Regiona	aideim 	oquegua.		
Nombres y apellidos: Huella Digital Firma y sello del Profesional no Medico que recibe la revocatoria. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N° N° Colegiatura Profesional: N° de celular: N° Colegiatura Profesional N° C	llas están por preción o retura del intestin	seine enire	q olsq			
DNI/CE/otro: N° N° Colegiatura Profesional:	A series continuent un exidended	Huella Digital	100000 100000		revocatoria.	o que recibe la
N° de celular:		IIDERADAS a si hay alergia	CONS	ATE NEBEL BUK	PECIALES	STHACTONES E
APELLIDOS Y NOMBRES N° H.Cl. N° Cama Servicio N° de Seguro		nto <u>enfactredan</u>	sinuas vin en	N° Colegiatura	Profesional:	origina o minus ompleo o estano
	APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.	OI.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) Y CONDUCCIÓN NERVIOSA **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			A SERVICE OF SERVICE SERVICE
Con DNI			Edad:
Procedimiento quirúrgico propu	iesto:		
Procedimiento quirúrgico propu Hipótesis diagnóstica:			

Este procedimiento es el registro de la actividad eléctrica mediante la estimulación eléctrica en regiones de trayectos nervioso seguido de la inserción de un electrodo en forma de aguja en zonas específicas a estudiar.

Se usa para estudiar el sistema nervioso periférico y los músculos que inerva, que nos permite diagnosticar enfermedades neuromusculares, así como determinar su intensidad y origen.

PREPARACIÓN PREVIA

Para su preparación es recomendable una higiene corporal previa y no utilizar cremas ni talcos en el cuerpo. No es necesario estar en ayunas y debe de tomar su medicación habitual a menos que por una causa concreta su médico le indique lo contrario.

Debe comunicar al médico si toma medicamentos anticoagulantes (SINTROM, WARFARINA), sí tiene problemas de coagulación, o es portador de MARCAPASOS.

Conviene que retire los objetos metálicos que lleve en brazos/piernas (anillos, relojes, pulseras) momentos antes del examen.

REALIZACIÓN

El estudio se realizará sentado o acostado en una camilla. Comenzará la prueba estimulando los nervios a investigar, mediante pequeños estímulos eléctricos y obteniendo las respuestas musculares con electrodos de superficie adhesivos. Posteriormente y si fuese necesario, se introducirán una aguja muy fina a nivel de diferentes músculos de las extremidades, cara, cuello o tronco. Durante todo el estudio será necesaria su colaboración y relajación. La duración de la exploración es muy variable, puede oscilar entre 20 y 60 minutos. según cada caso particular y en función del protocolo que sea necesario utilizar. Es una prueba molesta y algo dolorosa.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Es muy útil para conocer el nivel de la lesión. determinando si el problema se localiza en manos, brazos, piernas, o cara, etc., o si es generalizado en algunos casos. También demuestra si se trata de una enfermedad de músculos, nervios, placa motora, raíces nerviosas cervicales, dorsales o lumbosacras o a nivel ridículo-medular Este examen es solicitado en pacientes que refieren, debilidad o falta de fuerza dolor local o generalizado, hormigueos, adormecimientos, calambres, o pérdida de masa muscular.

¿QUÉ EFECTO SECUNDARIO PUEDE PRODUCIR EL PROCEDIMIENTO?

Dolor en el lugar de punción, hematomas en el lugar de punción (se desvanecen en pocos minutos o días),





ONSENTIMIENTO INFORMADO:				de	
o:	\ nıı́ır	nero.	en i	mi calidad de : F	PACIENTE (),
PODERADO () parentesco:	-	FEET OF VEHICLES O			
n pleno conocimiento de mis facultades men suaria de los servicios de salud y en cumpli e las Personas Usuarias de las Servicios de	IIIIGIIIC	a lo colabidore	sido informado sob o en la ley N° 2941	ore mis derechos 14, que establec	s como persona e los Derechos
ECLARO:					con CMP N°
ECLARO: ue el Médico Tratante , me ha explicado detalladam				de el estado do	ealud mio o de
, me ha explicado detalladam i apoderado la realización del procedimien ismo he comprendido los beneficios, proba ompleta, oportuna y sin presión; yo, volunta	ito de bles ri	esgos o complic	GRAFÍA (EMG) Y Caciones del mismo	CONDUCCIÓN I Por lo tanto, co	NERVIOSA. Así n la información
SI ACEPTO (), NO ACEPTO () C	CO	ENTIR EL PRO NDUCCIÓN NE	CEDIMIENTO DE L RVIOSA	A ELECTROMI	OGRAFÍA Y
	Lon y	Biverg la uque			
Firma del paciente o representante legal.				and the second s	
	Hue	ella Digital	Firma y s No	ello del Médico trata mbres y apellidos:	
Nombres y apellidos:		APASOS.		agulacion, o es	oo ah xameldat
DNI/CE/otro: N°	10/100	on Prazos , por	CMP N°:	tion to a obletor i	ony <mark>iena que co</mark>
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CO	CONI	DUCCION NER	VIOSA	la palasmo.	destinantedia
Fecha:; Hora:	_ 115	Siling askal (IN a	Tilstoria Offinica.	57 598 0UD OLGO	a d <u>oracione d</u> a <u>s</u> ototo dol proto
0					HATEN QUE ON
e años, identificado co	n DNI	/CE/otro	N°	odicki zoona	army lab yam a
in mi calidad de: paciente (), apoderado (), pa	arentesco:	BOSC TOTAL TO	Constanting	व दिस्ता प्रकास
Que a pesar de toda la información entrega ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) Y CONDUC REVOCATORIA () para dicho procedimien le mi decisión, exonerando de responsabilio	CCIÓN ito, ha	NERVIOSA, n ciéndome respo	nanifiesto en forma Insable de las cons	libre mi DENE	uedan derivarse
Firma del paciente o representante legal.	LL	alla Digital	Firma y collo del Di	rofesional no Médico	o que recibe la
Nombres y apellidos:	Hu	ella Digital		revocatoria. mbres y apellidos:	And Looppe Id
DNI/CE/otro: N° N° de celular:			N° Colegiatura	Profesional:	
APELLIDOS Y NOMBRES		N° H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro
AL ELLIDOO I HOMBINEO					





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

N° de cama:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TORACOCENTESIS **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

N° H. Cl.:

(El encabezado será llenado por el profesional de la salud, el consentimiento por el paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			Nestali ostabligae
Con DNI	sedicine exercised organis		Edad:
Procedimiento quirúrgico propu		nesta al más como el ami-	
Hipótesis diagnóstica:			CIE 10:

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento al que usted va a someterse se utiliza para extracción de líquido de la cavidad pleural (que envuelve los pulmones), con el objeto de analizarlo y/o evacuarlo, esto permitirá a los médicos aproximarse a un diagnóstico de la enfermedad y/o con la finalidad de aliviar los síntomas del derrame. En determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la anestesia local en la zona de la punción.

¿CÓMO SE REALIZA?

La prueba se realiza sentado (algo inclinado hacia delante) o echado de manera cómoda y con los brazos elevados y apoyados en un soporte, tras la desinfección de la zona de punción, se introduce una aguja o un tubo muy fino, a través de la pared torácica (tórax), en un espacio intercostal (en el costado), una vez en la cavidad pleural se extraerá una cantidad variable de líquido según el criterio del especialista para su análisis o para su evaluación completa y aliviar síntomas. Tras lo cual se retira la aquia y él debe permanecer unas horas en reposo.

RIESGO DE LA TORACOCENTESIS

Cualquier actuación médica tiene riesgos. A pesar de la adecuada aplicación de la técnica y su realización correcta, puede ocasionar daños o efectos secundarios indeseables.

Las más frecuente de pronta recuperación: Molestias en la zona de punción, hinchazón de la pared torácica;

- Neumotórax: cuando entra aire involuntariamente a la cavidad pleural por la punción de la aguja,
- Hemotórax: por la punción de un vaso sanguíneo, provocando el paso de sangre a la cavidad pleural y ocasionar una infección.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir alguna intervención quirúrgica en casos de urgencia.

Las menos frecuente y graves: se puede producir edema pulmonar unilateral, punción involuntaria de hígado, bazo o riñón, y de forma excepcional, puede aparecer arritmias, parada cardiaca, parada respiratoria, o accidente cerebro vascular agudo, que pueden ser graves, incluyendo un riesgo de mortalidad. Dichas complicaciones pueden requerir tratamiento médico, colocación de tubo de drenaje pleural, transfusiones o cirugía.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Es una manera sencilla, cómoda y rápida de llegar o aproximarnos a un diagnóstico y poder ponerle un tratamiento adecuado, usted percibirá mejoría de sus síntomas.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Es necesario que el paciente o los familiares informen de:

- a) Alergia a alguno de los fármacos utilizados.
- b) Tratamiento anticoagulante y/o antiagregante previos.
- c) Enfermedades cardiovasculares.
- d) diabetes.
- e) Hipertensión.
- f) Anemia.
- g) Riesgos personalizados:

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional)

Debe conocer los posibles riesgos de la anestesia local (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico).







CONSENTIMIENTO INFORMADO					de:	
o:	() número:	Tiante	PR DIVIDIN	en mi calida	d de : PACIEN	ITE (
ños de edad, con DNI () o CE () ollos	() Humero	de Carron I	Tanin system Name	er overhead to be		
PODERADO () parentesco: in pleno conocimiento de mis facultades m suaria de los servicios de salud y en cump le las Personas Usuarias de las Servicios	olimento a lo est	le hacer ablecido	sido informad en la ley N° 2	o sobre mis d 29414, , que e	erechos como establece los D	persor erecho
DECLARO:				OMDA	10	
				con CMP N	l°	lerado
ne ha explicado detalladamente que es co ealización del procedimiento de TORACO o complicaciones del mismo. Por lo tanto ibremente:	o, con la inform	ación co	ompleta, opor	tuna y sin pr	esión; yo, volu	untaria
SI ACEPTO (), NO ACEPTO) CONSENTI	R EL PR	OCEDIMIENT	O DE LA TO	RACOCENTE	SIS .
	en autocción de	nelg edilli				
	a commission of	a oneup				
Firma del paciente o representante legal.	manap lab est	nomial a	of uswells ob p	epiear și no	ennedad yib c	ing s
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital	02 61-18	Fire		edico tratante	
Nombres y apellidos:				Nombres y ap	ellidos:	
' Kansysis saxsid ou non y synance seem	m sh obams o	(etral si	OMD NIS.	n ogle) peut	Be exfert se o	i dissort
DNI/CE/otro:N°	e nonción se i	5009 B	CMP N : _	200 to 851 to	Liggier Til 1900	oneye
N° de celular:	obstennia mali	a i com str				
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora::_		MIENTO N°	INFORMADO Historia	DE LA TOR	ACOCENTES_N°	
	oca orasimate	cam	a	smemisujaa.	1 випоювают	100.86
or almedas conferencia achierado bezas	odelimi seconsili	un managa Saa				
Yo an almostone to a least on the second	Secondary (WIRMIN)	A BHARLE	r namang 305	JEANSE 20 DO	y dinelaan a	anons
De años, identificado d			N°		e laima excel	<u> </u>
En mi calidad de: paciente (), apoderado	(), parentesc	0:		reignes neot	NU BER OUTER	
Que a pesar de toda la información entre	gada por el mé	edico trat	ante sobre lo	s riesgos que	implica no re	alızar
TORACOCENTESIS, manifiesto en forma	libre mi DENE	GACION	REVOCACI	ON para su r	ealizacion, nac	LUcar
responsable de las consecuencias que pu	edan derivarse	de mi de	ecisión, exone	erando de res	ponsabilidad a	Hosp
Regional de Moquegua.						
	ATTITUD HE	-				
		(b) clan				
		20 000 8				
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital	citano s	Firma v sello	del Profesional r	no Médico que rec	ibe la
	Huella Digital	501 910 8	Firma y sello	revocato		ibe la
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digital	son and s	Firma y sello		ria.	ibe la
Nombres y apellidos:				revocato Nombres y ap	ria. pellidos:	ibe la
				revocato	ria. pellidos:	ibe la
Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N° N° de celular:	Colzelous alla	na see s	N° Colegia	revocato Nombres y ap atura Profesio	ria. pellidos: pnal:	iii (b. iiii (e sta () ion (g
Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	Colzelous alla	H.Cl.		revocato Nombres y ap atura Profesio	ria. pellidos: pnal:	ibe la





Hora:

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

N° de cama:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOFIBROSCOPIA FLEXIBLE **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

N° H. Cl.:

(El encabezado será llenado por el profesional de la salud, el consentimiento por el paciente o apoderado y explicado por el médico tratante)

Nombres y apellidos	All the same and a same
Con DNI	Edad:
Procedimiente quirírgico propuesto:	
Procedimento quitargico propaesto	
Hipótesis diagnóstica:	CIE 10:

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento al que usted va a someterse permite, mediante la introducción por nariz o boca de un tubo flexible con sistema óptico (cámara), la visualización la tráquea y los bronquios, así como tomar muestras de secreciones o biopsia (trozos de tejidos y células), necesarias para establecer un diagnóstico de la enfermedad. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

COMO SE REALIZA

Fecha:

Para realizar esta intervención es necesario que esté en ayunas al menos 6 horas previas al procedimiento. Precisa de premedicación y de anestesia local en las zonas de paso del broncoscopio (nariz, faringe, laringe, tráquea y bronquios). A veces, según criterio del médico que realiza la técnica, se puede utilizar además un fármaco sedante por vía intravenosa. La exploración se realiza habitualmente acostado o semi incorporado y la introducción del broncoscopio es por vía nasal, aunque si esta vía fuera imposible se optaría por la vía oral. Se estudia toda la vía aérea (laringe, tráquea y bronquios), identificando todas las lesiones existentes para posteriormente proceder a la toma de muestras, que pueden ser: aspirado bronquial (recogida de secreciones bronquiales), lavado broncoalveolar permite analizar la zona más periférica del árbol respiratorio), cepillado bronquial (raspado de la mucosa bronquial), iopsia bronquial (toma de muestra con una pinza de la superficie del bronquio), biopsia pulmonar transbronquial biopsia tomada atravesando la pared bronquial en su parte más periférica, fuera de nuestra visión directa), punción transbronquial (realizada con aguja atravesando la pared del bronquio). Durante la prueba usted puede comunicarse con el personal, y tendrá controlada la frecuencia del corazón y el nivel de oxígeno. Después de la prueba no puede tomar nada en unas 2 horas.

QUE RIESGOS TIENE LA BRONCOFIBROSCOPÍA

Cualquier actuación médica tiene riesgos. A pesar de la adecuada aplicación de la técnica y su realización correcta, puede ocasionar daños o efectos secundarios indeseables. Los más frecuentes: ronquera, tos, náuseas, fiebre, emisión de esputo con una pequeña cantidad de sangre, no representan un riesgo para la vida.

Con menso frecuencia y graves: pueden aparecer complicaciones mayores como hemorragia, hipotensión, hipertensión, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón) y, de manera excepcional, arritmias graves y parada cardiaca, insuficiencia cardiaca con edema pulmonar, depresión o parada respiratoria, isquemia cerebral aguda (disminución del riego sanguíneo en el cerebro) y shock por alergia a anestésicos locales.

QUE EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La anestesia tópica tiene un sabor amargo característico y al aplicarla, inicialmente, le producirá un poco de tos, que desaparecerá conforme ejerza su efecto; es posible que perciba una sensación peculiar en la garganta (como "de corcho") debido a la misma causa, así como sequedad de boca como consecuencia de la medicación. Puede notar una ligera ronquera transitoria tras la realización de la prueba.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

No existe ninguna exploración que aporte la misma información que la broncoscopia y pueda sustituirla por completo. SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Se le debe comunicar al especialista:

- a) Alergia a alguno de los fármacos utilizados.
- b) Tratamiento anticoagulante y/o antiagregante previos.
- c) Episodio reciente de Infarto Agudo de Miocardio o Angina.
- d) Tratamiento medicamentoso actual.
- e) Prótesis dentales removibles.
- f) Prótesis valvulares, marcapasos.
- g) Riesgos personalizados:

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional)

Debe conocer los posibles riesgos de la anestesia local que pueden llegar a producir shock anafiláctico.





CONSENTIMIENTO INFORMADO		and senso are sen	de	
o:nos de edad, con DNI () o CE () otros	() número:	en i	mi calidad de :	PACIENTE (),
PODERADO () parentesco:in pleno conocimiento de mis facultades me suaria de los servicios de salud y en cump e las Personas Usuarias de las Servicios de	entales, luego de ha olimentó a lo estable	per side informade sob	re mis derecho	s como persona
ECLARO:			OMD NO	
Que el Médico Tratante ne ha explicado que es conveniente/neces procedimiento de BRONCOFIBROSCOPÍA comprendido los beneficios, probables riesg portuna y sin presión; yo, voluntaria y libre	PLEXIBLE sobre ei los o complicaciones mente:	s del mismo. Por lo tan	to, con la inform	a realización del e. Así mismo he ación completa,
SI ACEPTO (), NO ACEPTO () C	ONSENTIR EL PRO FLEXIBLE	OCEDIMIENTO DE LA	BRONCOFIB	ROSCOPÍA
	salupriorid zoli v os rosionas un dise	a cometo sa perm del olización lo tráca bet, negosarias par		
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digital		ello del Médico trat nbres y apellidos:	ante
trishez roemići na sámila - ex - L-	and the rest rest of the second	CMP N°:	Ansens an vin An mirros san	on a facilities of
DNI/CE/otro: N°	violinente etroanicu	CIVIF IN .	Johnson a Lieur	navertal elé son
DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE	CONSENTIMIENTO FLEXIBLE	INFORMADO DE LA	BRONCOFIB	ROSCOPÍA
		MINODERACIONA	DENE LA BRE	SOSSELL SITE
Fecha://20; Hora::	hs	N° Historia Clínica:	N° de	cama:
n resgo per a solvenad.	ro, no representant a cantal edaren	unta eschdad de sang	POD AND COD D	emision de espu
De años, identificado c	on DNI/CE/otro	N°	rano) kalajami	hipertansian, he
En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre BRONCOFIBROSCOPÍA FLEXIBLE, man dicho procedimiento, haciéndome respon exonerando de responsabilidad al Hospital	gada por el médico ifiesto en forma libr nsable de las cons	e mi DENEGACION (secuencias que pued) U KEVUCA	TURIA () para
nsegrence: un la insulcation, evene vicini acressella vicuede sustituida poi complete	plueba.	ca, est como sequente se o realización de El OMELES EN SU OX como la crismo unidada		
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digital	Firma y sello del Pr	ofesional no Médic revocatoria. nbres y apellidos:	o que recibe la
DNI/CE/otro: N° N° de celular:	впоред р с	N° Colegiatura	Profesional:	d. residente d. residente al Profesis e
APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro
				RODEREN IN





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUNCIÓN LUMBAR DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

		ento por el paciente o apoderado y ex	plicado por el médico tratante)
Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos	A STATE OF THE STA		Edadi
Con DNI	PLANT CHIT DUMA HIS COSTAS	in Oliffied Amountanianian	Edad:
	puesto:		
and the state of the formation and the			
realizar pruebas de diagnósti El LCR es un líquido que se altera en muchos procesos p muchas enfermedades neuro medicaciones o contrastes o El paciente tiene que acos flexionadas e intentando toca	un procedimiento mediante el	o y a la médula espinal, en ír os. Su estudio resulta fundam ara conocer la presión a la qu os trastornos. Se realiza en la r algunas ocasiones se realiza se hace a nivel de la columna	ntimo contacto, por lo que sental para el diagnóstico que se encuentra, administranisma cama de la habitación sentado), con las pierns lumbar, entre dos vértebra
RIESGOS FRECUENTES Lo más común es que apare líquido. Para disminuir la inc	zca dolor de cabeza. Se debe idencia se debe guardar repo a la punción. Si apareciera pu	a la disminución de presión s so en cama y realizar una inç	ecundaria a la extracción o
The second section is a second		suc tomar un anaigeolee.	
hematomas locales en sitio hematológicas o tratados o hematomas intracraneales s potencialmente mortal y que procesos que por medio de la en su caso.	al realizarse en condiciones de la punción, apareciendo con fármacos antiagregantes ecundarios a hipotensión del puede aparecer en pacientes con historia clínica y las pruebas con tar una sensación de descarq	con mayor frecuencia en pa o anticoagulantes. Excepcio LCR, así como la herniación on algunos procesos intracrar omplementarias habrán sido r a eléctrica hacia una pierna,	acientes con enfermedade conalmente se han descritranstentorial, complicación deales como grandes masa azonablemente descartado que traduce el contacto co
una raíz nerviosa muy próxim	ma al líquido que queremos de ejar una secuela motora o sen	btener.La raíz no se corta,	sólo se desplaza, y en mo
Se le debe comunicar al espe a) Alergia a alguno de los	lante y/o antiagregante previos asculares.	nes:	ibles riesgos de la anestes

local (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico).

. .



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

ONSENTIMIENTO INFORMADO:				4	e:
	A LAGAGING	Ante	en mi calidad de : PACIENTE (
ños de edad, con DNI () o CE () otros PODERADO () parentesco: n pleno conocimiento de mis facultades m suaria de los servicios de salud y en cump e las Personas Usuarias de las Servicios d	entales, luego de limentó a lo esta	hacer	sido informado sol	bre mis derecho	os como person
ECLARO:			Hora:		:sitoe
			l lulusia a da	con CMF	o N°
ue el Médico Tratante e ha explicado que es conveniente/neces rocedimiento de la PUNCIÓN LUMBAR so s beneficios, probables riesgos o complic n presión; yo, voluntaria y libremente:	aciones del misn	no. Por	lo tanto, con la in	formación com	pleta, oportuna
SI ACEPTO (), NO ACEPTO () CONSENTIR	EL PR	OCEDIMIENTO DI	E LA PUNCIÓN	LUMBAR
		1 1	otro inwisel o		
	shoem at a glord	aned le	demaster smag		
л солгондаю із віяд ізіяд поюти кінцеві	ites. Sa ethidi	ê sin	dograda que afecti		
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital	UU III	Firma y s	sello del Médico tra	tante
Nombres y apellidos:	piqunas ocazion	na) (s	No	mbres y apellidos:	
de la cyturo à tumbar, anire des vêrtebra	n so <u>hace's clus</u>	perce	CMP N°:	a moo obrish	eini e asbanox
DNI/CE/otro: N°		elharet	CIVIP IN .	ramsie y anas i	strajostaiseb a
N° de celular:		1			
DENEGACIÓN O REVOCATORIA [Fecha://20; Hora::_		1 1010	Historia Clínica:		eminer sign environ.
ouspemaine and seumence ne consus.	o cen nayer fra	bnese	naga ndoning al	sh offa da so	matomes lodal
años, identificado c	on DNI/CE/otro _	emage	N°	noo nobalisti	neldibolites o
n mi calidad de: paciente (), apoderado	(), parentesco:	M GUIS		done agreement	Massing Sancian
Que a pesar de toda la información entre PUNCIÓN LUMBAR, manifiesto en forma li laciéndome responsable de las consecuen al Hospital Regional de Moquegua.	hro mille Ne (a A (11 11/11	10 KEVULATUR	CIA I I Dala Ulci	IO DI OCCUII III CITI
	AS EN CUENTA	OH T	DE DESEN SEE		
	tones:	Burlo	setnatupie api stut		
			mepezian kosami		
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital	9072 8	Firma y sello del P	rofesional no Médio	co que recibe la
Nombres y apellidos:			No	revocatoria. ombres y apellidos:	
DNI/CE/otro: N° N° de celular:		le io i f io io i f	N° Colegiatura	Profesional:	r <u>entra sugaran</u> p <u>olici emplisis</u> ee elis trolicoseen) lisc
ARELLIDOS V NOMBRES	N° H	CI	N° Cama	Servicio	N° de Seguro
APELLIDOS Y NOMBRES	14 11				





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROENCEFALOGRAMA DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Fecha:	Hora:	nto por el paciente o apoderado y ex N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos			UX HOLL
Con DNI	e de la la selection de de la		Edad:
	opuesto:	#4864000 0 300451 RESULTE	
Procedimiento quirúrgico pro	opuesto:		CIE 10:

El electroencefalograma (EEG): es el registro objetivo amplificado de la actividad eléctrica cerebral, el cual es obtenido mediante electrodos colocados sobre el cuero cabelludo. Constituyendo la herramienta ideal para diagnóstico de epilepsias, síndromes electroclinicos específicos, eventos paroxísticos no epilépticos, encefalopatías y otras patologías.

OBJETIVOS Y BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El objetivo principal del estudio es registrar la actividad eléctrica cerebral, para poder detectar la presencia de actividad anormal, epileptiforme o no epileptiforme.

El estudio permitirá su diagnóstico e instalación de tratamiento preciso y oportuno.

RIESGOS EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE

- Sensaciones ligeramente incómodas y molestias tales como: mareos, sensación de adormecimiento en extremidades entre otros.
- La luz intermitente o el respirar rápido podrían provocarle una convulsión durante el EEG. Podría presentar crisis convulsivas en cualquier momento durante el estudio.
- Ardor en la zona donde se colocaron los electrodos, pues al realizar la limpieza con pasta abrasiva podría generarse una ligera irritación de la piel.
- Antes de realizarse el procedimiento, se debe indagar sobre los antecedentes fisiológicos y patológicos de cada paciente. Como embarazo, utilización de oxígeno, cirugías y otros ya que durante el procedimiento podría convulsionar.







	TOR IS ASK	Lind Lucanbur See	de:
Yo:años de edad, con DNI()o CE()otros	s () número:	er	n mi calidad de : PACIENTE (
APODERADO () parentesco: En pleno conocimiento de mis facultades musuaria de los servicios de salud y en cum de las Personas Usuarias de las Servicios	nentales, luego de plimentó a lo esta	hacer side informade so	obre mis derechos como perso
DECLARO:			con CMP N°
Que el Médico Tratante me ha explicado que es conveniente/nece procedimiento del ELECTROENCEFALOC comprendido los beneficios, probables ries oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libr	GRAMA y sobre of egos o complicacion remente:	ones del mismo. Por lo ta	e mi apoderado la realización o detalladamente. Así mismo nto, con la información comple
SI ACEPTO (), NO ACEPTO () C	CONSENTIR EL I	PROCEDIMIENTO DEL	ELECTROENCEFALOGRAM
	Constituyento tos puroxistados	g et regiono cupativa and pose et civiro cala llut dicco aspecificos, eve	
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital		sello del Médico tratante ombres y apellidos:
Nombres y apellidos:		dia folivios si unte per	tara bulsa lab inglanisa matold
DNI/CE/otro: N°	an v nalama atnai	CMP N°:	mai, aplicotiome e no epitel
Fecha://20; Hora::_	hs	N° Historia Clínica: _	N° de cama:
Vo	is, pues al reella	n de la piel	N° de cama:
Yo	con DNI/CE/otro	N°_	N° de cama:
Yoaños, identificado de En mi calidad de: paciente (), apoderado	con DNI/CE/otro	N°_	N° de cama:
Yo	con DNI/CE/otro of (), parentesco: gada por el médio en forma libre re de las consecuences	N°N°N°	N° de cama: sgos que implica el no realiza REVOCATORIA () para di
Yo años, identificado o En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre ELECTROENCEFALOGRAMA, manifiesto procedimiento, haciéndome responsable o	con DNI/CE/otro of (), parentesco: gada por el médio en forma libre re de las consecuences	N°N°N°	N° de cama: sgos que implica el no realiza REVOCATORIA () para di
Yo años, identificado o En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre ELECTROENCEFALOGRAMA, manifiesto procedimiento, haciéndome responsable o	con DNI/CE/otro on the control of th	N°N° co tratante sobre los ries ni DENEGACIÓN () O cias que puedan derivars	N° de cama: sgos que implica el no realiza REVOCATORIA () para di
Yoaños, identificado o En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre ELECTROENCEFALOGRAMA, manifiesto procedimiento, haciéndome responsable o responsabilidad al Hospital Regional de M	con DNI/CE/otro on the control of th	N°N°N°N°N°	sgos que implica el no realiza REVOCATORIA () para di e de mi decisión, exonerando
Yoaños, identificado o En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre ELECTROENCEFALOGRAMA, manifiesto procedimiento, haciéndome responsable o responsabilidad al Hospital Regional de M	con DNI/CE/otro con DNI/CE/otro con DNI/CE/otro con parentescongada por el médio en forma libre rele las consecuencioquegua. Huella Digital	N°N°N°N°N°N°N°N°N°	egos que implica el no realiza REVOCATORIA () para di e de mi decisión, exonerando Profesional no Médico que recibe la revocatoria.
Yo años, identificado o En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entre ELECTROENCEFALOGRAMA, manifiesto procedimiento, haciéndome responsable o responsabilidad al Hospital Regional de M Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	con DNI/CE/otro con DNI/CE/otro con DNI/CE/otro con parentescongada por el médio en forma libre rele las consecuencioquegua. Huella Digital	N°N°N°N°N°	REVOCATORIA () para de de mi decisión, exonerando e de mi decisión, exonerando e de mi decisión, exonerando e de mi decisión exonerando e de mi decisión, exonerando e de mi decisión exonerando e de mi decisión e de mi decisión exonerando e de mi decisión e d





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARACENTESIS DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Nombres y apellidos	Hora:	nto por el paciente o apoderado y e	N° de cama:
			10 Mar 19
Con DNI			Edad:
			raiktursur bega yaleologiaa isak s
Procedimiento quirúrgico propu	esto:		
Hipótesis diagnóstica:			
EXPLICACIÓN DEL PROCEDI		Market 2 1	
Este procedimiento se realiza p mediante una aguja o catéter fir a lo que se denomina paracento	para extraer líquido ascítico (no, el que servirá para su aná	ilisis con el objetivo de conoc	cer la causa de la enfermeda
¿CÓMO SE REALIZA? Para ello, el paciente se encon- punción, se le aplicará anestesi para extraerle líquido, general evacuatoria, el catéter se conec	a local en la zona de la punci Imente en la parte inferior	ión. Una vez limpia la zona,	el médico realizará la puncio
QUÉ RIESGOS PUEDE HABI Todas las técnicas médicas tier Riesgos frecuentes: • Hematoma pequeño e inc	nen riesgos, que en la mayor doloro en la zona de punción		
	la zona da nunción		
 Dolor leve y pasajero en 	la zona de puncion.		
 Dolor leve y pasajero en Riesgos infrecuentes: 		tación de un vaso sanguíne	0.
 Dolor leve y pasajero en Riesgos infrecuentes: Hemorragia en el abdome 	en (hemoperitoneo) por afec orma accidental (bazo, asas		0.
 Dolor leve y pasajero en Riesgos infrecuentes: Hemorragia en el abdom Punción de vísceras de fo 	en (hemoperitoneo) por afec orma accidental (bazo, asas		o. 38 o xoto activou
 Dolor leve y pasajero en Riesgos infrecuentes: Hemorragia en el abdome Punción de vísceras de foe Peritonitis. Neumoperitoneo (aire de SITUACIONES ESPECIALES OF Ele debe comunicar al especia 	en (hemoperitoneo) por afectorma accidental (bazo, asas entro del abdomen). QUE DEBEN SER TENIDAS	intestinales, vejiga, etc.). EEN CUENTA nes:	

HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Riesgos personalizados:

No existe alternativa para la paracentesis diagnóstica, es difícil llegar al diagnóstico por otros métodos. La paracentesis evacuadora no tiene alternativa, en ocasiones el uso de fármacos puede atenuar la cantidad de líquido dentro del abdomen.







ONSENTIMIENTO INFORMADO			profession mention and the	de	9:
o:oo CE () otros	() número:	Tan N. A	en	mi calidad de : l	PACIENTE ()
PODERADO () parentesco:	1941A (19) que esta	YEyalis •	d uig ubandbom ap	han min daraaha	e como nersona
n pleno conocimiento de mis facultades m quaria de los servicios de salud y en cum	nentales, luego de Iplimentó a lo esta	hacer s ablecido	sido informado sol en la ley N° 294	14, que estable	ce los Derechos
las Personas Usuarias de las Servicios	de Salud.				
ECLARO:				con CMP	N°
ue el Médico Tratantee ha explicado que es conveniente/nece	sario, debido al e	stado de	e salud mío o de	mi apoderado la	a realización de
e ha explicado que es conveniente/nece ocedimiento de la PARACENTESIS sobr eneficios, probables riesgos o complicaci esión; yo, voluntaria y libremente:					
SI ACEPTO (), NO ACEPT	O () CONSEN	TIR PRO	OCEDIMIENTO D	E LA PARACEI	NTESIS.
	is <u>s ne obronillo</u> sjop is non-lerian	ndicas u			
	ili museve ning	tale est			
Firma del paciente o representante legal.	Huella Digital	n no oni	Firma y s	ello del Médico trata	ante
Nombres y apellidos:	nt sex entitudion e en abreliosi no	de la prin		mbres y apellidos:	unción, se le ap
DNI/CE/otro:N°			CMP N°:	datakny szlálapi Jannas az radája	vače s oritos o des
N° de celular:					
N° de celular:	yar parte de los ce	yam at n			
N° de celular:	or parte de los ce	yam at n	R? an nesgua, cue ot		
N° de celular:	Firma v sello del Lic. F	infermería	Asistente	PUEDE HABE les: a pequeño e Ind	
N° de celular:	Firma v sello del Lic. F	infermería	Asistente	s PUEDE HABE as médicas leat les! s pequeño e lad y pasajero en	
N° de celular:F Nombres y ap	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N°	da roq (c	n (hemopeticoned	y pazajero en k intes. Ara en el accome	QUE RIESCOs odas las réculos lesgos frectuant Hedrator Todos lave lesgos meracus Hemorragi
N° de celular:F Nombres y ap	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N°	da roq (c	n (hemopeticoned	y pazajero en k intes. Ara en el accome	NTESIS
N° de celular:F Nombres y ap	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII	MIENTC) INFORMADO D	E LA PARACEI	
N° de celular:F Nombres y ap	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII	MIENTC	n (hemopeticoned	E LA PARACEI	
N° de celular:F Nombres y ap	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII	MIENTC) INFORMADO D	E LA PARACEI	
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora::	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica:	E LA PARACE!	
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora::	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro _	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica:N°	E LA PARACEI	e cama:
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora:: oaños, identificado en mi calidad de: paciente (), apoderado	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N°	E LA PARACEI N° de	e cama:e
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora:: oaños, identificado on mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie	E LA PARACE! N° de sgos que implic	e cama:e ca no realizar L o procedimiento
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: o años, identificado e mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre ARACENTESIS, manifiesto en forma lib aciéndome responsable de las consecue	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie	E LA PARACE! N° de sgos que implic	e cama:e ca no realizar L o procedimiento
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: o años, identificado e mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre ARACENTESIS, manifiesto en forma lib aciéndome responsable de las consecue	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie	E LA PARACE! N° de sgos que implic	e cama:e ca no realizar L o procedimiento
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora::_ o años, identificado en mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre ARACENTESIS, manifiesto en forma libitaciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua.	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie	E LA PARACE! N° de sgos que implic	e cama:e ea no realizar L o procedimiente e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: oaños, identificado en mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre PARACENTESIS, manifiesto en forma libaciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua.	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	D INFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de	e cama:e ea no realizar L o procedimiente e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: oaños, identificado o n mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre PARACENTESIS, manifiesto en forma lib aciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua.	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie O REVOCATOR rse de mi decisión	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de	e cama:e ea no realizar L o procedimiente e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: oaños, identificado en mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre PARACENTESIS, manifiesto en forma libaciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua.	A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco:	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie O REVOCATOR rse de mi decisión	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de	e cama:e ea no realizar L o procedimient e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: oaños, identificado o n mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre PARACENTESIS, manifiesto en forma lib aciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua.	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro _ o (), parentesco: egada por el méd re mi DENEGACI encias que puedan	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica: N° ante sobre los rie O REVOCATOR rse de mi decisión Firma y sello del F	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de	e cama:e ea no realizar L o procedimiente e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora:: o años, identificado o e anoterior e o e persentanción entre acción dome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua. Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro _ o (), parentesco: egada por el méd re mi DENEGACI encias que puedan	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica:	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de Profesional no Médic revocatoria. ombres y apellidos:	e cama:ea no realizar L o procedimiento e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha:/20; Hora:: o años, identificado o n mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre ARACENTESIS, manifiesto en forma lib aciéndome responsable de las consecue I Hospital Regional de Moquegua. Firma del paciente o representante legal.	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro o (), parentesco: egada por el méd are mi DENEGAC encias que puedan Huella Digital	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica:	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de Profesional no Médic revocatoria.	e cama:ea no realizar L o procedimiento e responsabilida
DENEGACIÓN O REVOCATORIA Fecha://20; Hora:: oaños, identificado o en mi calidad de: paciente (), apoderado que a pesar de toda la información entre paraciéndome responsable de las consecue al Hospital Regional de Moquegua. Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos: DNI/CE/otro: N°	Firma y sello del Lic. E pellidos: CEP N° A DE CONSENTII hs con DNI/CE/otro _ o (), parentesco: egada por el méd re mi DENEGACI encias que puedan Huella Digital	MIENTC N° H	DINFORMADO D listoria Clínica:	E LA PARACEI N° de sgos que implic IA () para dich , exonerando de Profesional no Médic revocatoria. ombres y apellidos:	e cama:ea no realizar L o procedimiento e responsabilida



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HEMODIÁLISIS DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Edad:
Euau.
CIE 10:
SMUTE TO A SECTION OF THE SECTION OF

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La hemodiálisis o riñón artificial es un método de tratamiento que sustituye parcialmente la función de sus riñones que están dañados por una enfermedad, y que ocasiona que no puedan realizar sus funciones habituales (insuficiencia renal), de esta forma pasa la sangre a través de un filtro que limpia la sangre de toxinas, dicha extracción de sangre es con la ayuda de una bomba y depurarla mediante un filtro especial denominado dializador. Una vez depurada o limpia la sangre se le devuelve a su organismo. Para la extracción y devolución de la sangre es preciso hacer perviamente una fistula Arterio-Venosa en quirófano, consiste en unir una arteria con una cena directamente o bien por un tubo debajo de la piel, mediante una pequeña operación en el antebrazo o en el brazo (habitualmente con anestesia local). Para pasar la sangre por el filtro hay que pinchar dos agujas en esta fistila, una de entrad ay la otra de salida. Si es que necesitra de una dialis con usrgencia sin haberse realizado la fistula se le realizara a traves de un cateter temporal o permanete en una vena central de nuestro organismo, habitulamente en la zona del cuello o de la ingle. La dialisis dura en promedio de 3 a 5 horas y en un mínimo de tres vecespor semana. La hemodiálisis se realiza con la ayuda de una máquina compleja, denominada monitor de hemodiálisis, que va equipada con múltiples sistemas de control y de seguridad para la persona enferma.



QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La hemodiálisis permite sustituir parcialmente las funciones sus riñones dañados. El efecto sobre la limpieza de sustancias tóxicas de su sangre es inmediato, así como la extracción del exceso de líquido de su organismo. Todo ello facilitará el mantenerse con vida. El equipo de profesionales de la salud del area de hemodialisis le tratan le informará de los cuidados especiales que debe tener en cuenta como portador de un acceso vascular.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Los más frecuentes:

- El mareo o la pérdida de conocimiento por disminución de la presión arterial (hipotensión). Es el efecto indeseable más frecuente.
- Calambres musculares, las náuseas, vómitos y cefaleas, el dolor de espalda o del pecho. Suelen ser leves y responden bien al tratamiento médico.
- Por la colocación del catéter: Hematomas en la zona de punción, que son leves y se resuelven solos. Disfonía transitoria (ronquera) por efecto del anestésico, que desaparece una vez pasado este efecto. Imposibilidad de colocación o mal posición del catéter una vez canalizado, siendo preciso buscar una nueva vena en un lugar distinto para colocarlo.

LOS POCO FRECUENTES Y MÁS GRAVES

- Alteraciones del corazón (arritmias cardiacas por afectación del ritmo, infarto, taponamiento cardiaco por acúmulo de líquido)
- Sangrados importantes (hemorragias) de diversas localizaciones.
- Afectación de tejidos cerebrales (encefalopatías, convulsiones)
- Infecciones y fiebre.
- Reacciones alérgicas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La acumulación de desechos, toxinas y exceso de agua traerán mayores complicaciones poniendo en riesgo su vida.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CONSENTIMIENTO INFORMADO				O	le:
Yo: años de edad, con DNI()o CE()otros	() número: _	YTMAM	er	n mi calidad de :	PACIENTE (),
APODERADO () parentesco: En pleno conocimiento de mis facultades m usuaria de los servicios de salud y en cum de las Personas Usuarias de las Servicios d	plimentó a lo e	de hacer stablecid	sido informado so lo en la ley N° 294	obre mis dereche 414, que estable	os como persona ece los Derechos
DECLARO:				oon CMI	P N°,
Que el Médico Tratante ne ha explicado que es conveniente/neces procedimiento para la HEMODIÁLISIS sob os beneficios, probables riesgos o complic sin presión; yo, voluntaria y libremente:	re el cual he s	ido infori	mado detalladame	e mi apoderado ente. Así mismo	la realización del he comprendido
SI ACEPTO (), N	O ACEPTO () PROCI	EDER CON LA HI	EMODIÁLISIS.	
	o que susfrior siona que no	unbimids sop aup		e labitata nöfin o nu tog zobotat	
Firma del paciente o representante legal.	a vaves op un a vate vate en a a vare de a vare	en Joseph Se en Joseph Se en Joseph Se	b abuya si neo si	sello del Médico trat	onlugation nante
Nombres y apellidos:	Huella Digital	nervicit i		ombres y apellidos:	ante gra
DNI/CE/otro: N°	and gheets	io e ain: utidad	CMP N°:		into Milita
N° de celular:	na de entrad	i elle i			
DENEGACIÓN O REVOCATORIA		efforce ist			the second of the
Fecha://20; Hora::	hs go sing	N° His	storia Clínica:	N de Ca	ama
nesqus no se materializar, y la intervenció	poi zmani selo	b ations	material desired	TIENE	ONE RESCOS
oe años, identificado co	/ \ marantaga	0'		oc solodo y s i	mad edución en
En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entreo HEMODIÁLISIS, manifiesto en forma libre naciéndome responsable de las consecuen al Hospital Regional de Moquegua.	gada por el me	ión ()	O REVOCATORI		
us son levez y se rapusiyen spios: Diston! na wo orse ity esta electo, împosibilidad d pra <u>oso bustar una nueva vebo en un lug</u> a	e de panelon q desaparéce ixado, siend q	niazan sko, res sko, res		ocsojon del čett (moquem) poc n d mal posleku	Por la col transitoria colonació
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digita			Profesional no Médic revocatoria. ombres y apellidos:	o que recibe la
DNI/CE/otro: N° N° de celular:	ennanesiano	l asea l	N° Colegiatura	a Profesional:	olumulos Saggrado
APELLIDOS Y NOMBRES	N°	H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro
				and and it was	I PATROTTE M.





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimientos de salud y servicios de apoyo, Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento).

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:	N° de cama:
Nombres y apellidos	nish nastan je objesti nast	econtelecideano es eun ol	bacata an am
Con DNI	O DANAS RETENUES	1 MÖR ADDJÖD et area at	Edad:
Procedimiento quirúrgico propu	esto:	the American In the section of	
Hipótesis diagnóstica:	LOOM EL EROCEONMENT	11/480/00 L COMBONE	CIE 10:
EXPLICACIÓN DEL PROCEDI	MIENTO		
Esta técnica permite colocar un			
será preparado en una posició			
	llo o la ingle. Aunque parte	de su cuerpo y su cara este	én cubiertos, sus consta
punción, que puede ser el cue			
punción, que puede ser el cue vitales estarán siendo controla localizar la vía en la que se al	das en todo momento. Tra	s aplicar anestesia local, se	e introducirá un catéter

BENEFICIOS

Mediante esta técnica se favorece la infusión de medicamentos que pueden afectar a venas de menor calibre. **RIESGOS**

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes. Para realizar esta técnica es muy importante conocer de antemano la existencia de problemas en la coaquilación, de crecimientos de vísceras o de alergias a algún medicamento.

RIESGOS FRECUENTES

Posición incorrecta del catéter, hematoma en la zona de punción, infección de la zona de punción o colonización del catéter por gérmenes.

RIESGOS INFRECUENTES Y GRAVES

Neumotórax por punción accidental de la zona pleural (que rodea los pulmones), hemorragia de un vaso sanguíneo, punción accidental de la tráquea, esófago, pulmón y nervios que los rodean, infección generalizada a través del catéter, arritmias, rotura del catéter o deslizamiento de este hacia el corazón.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales, son

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No existe alternativa para la técnica a la hora de infundir medicamentos o nutrientes. Se puede utilizar otros accesos periféricos o en otras localizaciones, pero con limitaciones significativas.

CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN

La no realización de la técnica puede impedir utilizar ciertos fármacos o nutrirle de forma adecuada. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

ASSAULT & ESCHARICES			para mujeres y nor	
Yo:años de edad, con DNI()o CE()otros	() número:	and of American	de:	ACIENTE ()
APODERADO () parentesco:		WATHAGEG	i illi calldad de . F	ACILIVIL (
En pleno conocimiento de mis facultades m usuaria de los servicios de salud y en cum de las Personas Usuarias de las Servicios	nentales, luego de ha plimentó a lo estable			
DECLARO:				
Que el Médico Tratante		N. MARIE		con CMP N
me ha explicado que es convealización del procedimiento para la COnformado detalladamente. Así mismo he cor lo tanto, con la información completa, c	LOCACIÓN DEL CA omprendido los bene	ATÉTER VENOSO C ficios, probables riesç	ENTRAL sobre e	l cual he side
SI ACEPTO (), NO ACEPTO ()) CONSENTIR CON CATÉTER VENOS		O DE LA COLOC	ACIÓN DEL
	si <u>Lucy, em emiligo</u> et	emise an introduction		
Firma del paciente o representante legal.	e l'us aplicar sue	ranom ordi na sab		dales intale
readic well a y sa cutora con apósitos. E	Huella Digital		sello del Médico tratan	
Nombres y apellidos:		No	mbres y apellidos:	
DNI/CE/otro: N°		CMP N°:		SUMMENTS (13)
Nombres y ap	CEP N°	<u> Hake E</u> nclosed le	FREQUENTES -	2000 312 1 notice 2
DENEGACIÓN O REVOCATORIA D	DE CONSENTIMIEN CATÉTER VENOSO		LA COLOCACIO	N DEL
Fecha://20; Hora::_	hs N	l° Historia Clínica:	N° de car	ma: <u>13066</u>
' 0		- NO	PERSONAL 240	2002319
Deaños, identificado co	on DNI/CE/otro	N°	175 9 COM Discount	intestara o
En mi calidad de: paciente (), apoderado Que a pesar de toda la información entrega LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER VEN REVOCATORIA () para dicho procedimien de mi decisión, exonerando de responsabil	da por el equipo méd OSO CENTRAL, m nto, haciéndome res	ico tratante sobre los anifiesto en forma li ponsable de las conse	ibre mi DENEGA	CION () C
	a cosmin ech lo e cosmin ech lo			
Firma del paciente o representante legal. Nombres y apellidos:	Huella Digital		rofesional no Médico o revocatoria.	lue recibe la
	A Leading Control	No	mbres y apellidos:	
N° de celular: N°		N° Colegiatura	Profesional:	
APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.Cl.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro
AI ELLIDOG I NOMBINEO	1, 1,1011			

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HEMODIÁLISIS