

## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de marzo de 2025.

**VISTOS:** El Acta N° 001-2024, de fecha 19 de marzo de 2024, el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua; de Informe N° 325-2024-DIRESA-HRM/05, de fecha 30 de abril de 2025; con Informe N° 271-2025-DIRESA-HRM-03, de fecha 12 de marzo de 2025, la jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico; Informe Legal N° 045-2025-DIRESA-HRM-AL/01, de fecha 24 de marzo de 2025, el Área de Asesoría Legal, 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 citada Ley, 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 comuniquen 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, asimismo, 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 distorsione o vicie

## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de marzo de 2025.

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 NTS N° 139MINS/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA y modificatoria, 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 beneficios, 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 Acta N° 001-2024, de fecha 19 de marzo de 2024, el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua, aprueba nueve (09) Formatos de Consentimiento Informado, del Departamento de Cirugía y un (01) Formato de Consentimiento Informado, del Departamento de Pediatría;

Que, la Unidad de Gestión de la Calidad, a través de Informe N° 325-2024-DIRESA-HRM/05, de fecha 30 de abril de 2025, solicita la aprobación de los formatos de consentimiento informado, en concordancia con el Informe N° 034-2024-DIRESA-HRM/05-BGGV-MC, del Médico Prestacional de la UGC, quien indica que los formatos listados fueron validados por el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua, por lo que, sugiere su aprobación e implementación;

Que, con Informe N° 271-2025-DIRESA-HRM-03, de fecha 12 de marzo de 2025, la jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable a los formatos de consentimiento informado, en atención al Informe N° 023-2025-DIRESA-HRM/03-RAC, del Responsable del Área de Racionalización, quien señala que los formatos se enmarcan en la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN, habiendo sido aprobados por el Comité de Historia Clínica, corresponde su codificación, tal como se expone a continuación:

N°	DENOMINACION DEL FORMATO	CODIGO HRM	FOLIO
<b>Departamento de Cirugía</b>			
1	Consentimiento informado de la intervención quirúrgica de la microdissectomía lumbar.	XII-D.CIR-1SCG-01	02
2	Consentimiento informado de tercer ventriculostomía endoscópica.	XII-D.CIR-1SCG-02	02
3	Consentimiento informado de la colocación del sistema de derivación ventrículo-peritoneal.	XII-D.CIR-1SCG-03	02
4	Consentimiento informado colocación de sistema de derivación ventricular externa.	XII-D.CIR-1SCG-04	02
5	Consentimiento informado instrumentación y artrodesis vertebral.	XII-D.CIR-1SCG-05	02
6	Consentimiento informado para el bloqueo facetario.	XII-D.CIR-1SCG-06	02
7	Consentimiento informado de hospitalización en cirugía.	XII-D.CIR-1SCG-07	02
8	Consentimiento informado de urodinamia en adulto – servicio de cirugía especializada - urología	XII-D.CIR-2SCE-01	02
9	Consentimiento informado para la realización de la cistoscopia – servicio de cirugía especializada – urología.	XII-D.CIR-2SCE-02	02
<b>Departamento de Pediatría</b>			
01	Consentimiento informado de hospitalización en pediatría o neonatología.	XIV-D.PED.1SP/2SN-01	02

Que, mediante Informe Legal N° 045-2025-DIRESA-HRM-AL/01, de fecha 24 de marzo de 2025, el Área de Asesoría Legal, concluye que, los diez (10) Formatos de Consentimiento Informado, cuentan con las opiniones



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de marzo de 2025.

técnicas favorables, igualmente cumplen con lo establecido en la NTS N° 139/MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA y modificatorias, y demás normas técnicas correspondientes; por lo que, determina que es necesario su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y con el proveído de la Dirección Ejecutiva que dispone la proyección del acto resolutorio:

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el numeral 3 en cuanto a las atribuciones al cargo de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua descritas en el Manual de Organización y Funciones (MOF) del aprobado mediante Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** los formatos de "CONSENTIMIENTO INFORMADO" de los Departamentos de Cirugía y Pediatría, los cuales forman parte integrante de la presente resolución, conforme al siguiente detalle:

N°	DENOMINACION DEL FORMATO	CODIGO HRM	FOLIO
<b>Departamento de Cirugía</b>			
1	Consentimiento informado de la intervención quirúrgica de la microdiscectomía lumbar.	XII-D.CIR-1SCG-01	02
2	Consentimiento informado de tercer ventriculostomía endoscópica.	XII-D.CIR-1SCG-02	02
3	Consentimiento informado de la colocación del sistema de derivación ventrículo-peritoneal.	XII-D.CIR-1SCG-03	02
4	Consentimiento informado colocación de sistema de derivación ventricular externa.	XII-D.CIR-1SCG-04	02
5	Consentimiento informado instrumentación y artrodesis vertebral.	XII-D.CIR-1SCG-05	02
6	Consentimiento informado para el bloqueo facetario.	XII-D.CIR-1SCG-06	02
7	Consentimiento informado de hospitalización en cirugía.	XII-D.CIR-1SCG-07	02
8	Consentimiento informado de urodinamia en adulto – servicio de cirugía especializada - urología	XII-D.CIR-2SCE-01	02
9	Consentimiento informado para la realización de la cistoscopia – servicio de cirugía especializada – urología.	XII-D.CIR-2SCE-02	02
<b>Departamento de Pediatría</b>			
01	Consentimiento informado de hospitalización en pediatría o neonatología.	XIV-D.PED.1SP/2SN-01	02

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, al Departamento de Cirugía y Departamento de Pediatría, la ejecución de las acciones correspondientes, para la difusión e implementación de uso de los formatos aprobados 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](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.**

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA  
  
 M.C. KOKENSON VALENTIN VILCA MAQUERA  
 C.M.P. 036793 RNE 024985  
 DIRECTOR EJECUTIVO

KVVM/DE  
 JCMH/OAL  
 (01) ADMINISTRACION  
 (01) PLANEAMIENTO  
 (01) U. CALIDAD  
 (01) D. PEDIATRIA  
 (01) D. CIRUGIA  
 (01) ESTADISTICA  
 (01) ARCHIVO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MICRODISCECTOMÍA LUMBAR**

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

**COD. FORMATO : XII - D. CIR - 15CG - 01**

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	

Procedimiento: MICRODISCECTOMÍA LUMBAR.....

Impresión diagnóstica: HERNIA DE NUCLEO PULPOSO..... CIE 10: M511

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se realiza una incisión en la región lumbar. Se reseca parte de las vértebras afectadas (láminas) y de las articulares, para liberar las raíces nerviosas, con el fin de aliviar los síntomas. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Puede necesitar en un mismo tiempo o posteriormente una fijación instrumentada. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante.

**Beneficio que produce**

El objetivo de la cirugía es realizar la discectomía para liberar las raíces afectadas para aliviar el dolor o cualquier impotencia funcional importante (pérdida de fuerza en las piernas, disminución de la sensibilidad, disfunción sexual, alteraciones de esfínteres anal y vesical).

**Riesgos frecuentes:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Déficit radicular transitorio o persistente con dolor u hormigueos.
- b. Persistencia o agravamiento del síndrome radicular.
- c. Infección de la herida, osteomielitis, abscesos profundos.
- d. Salida del líquido cefalorraquídeo
- e. Fibrosis o granuloma en la zona epidural.

**Riesgos graves:**

- a. Complicaciones debidas a la posición quirúrgica (si es operado boca abajo), como cegueras, embolias, compresiones de nervios periféricos o partes blandas).
- b. Shock medular.
- c. Lesión medular: pérdida de fuerza en las piernas, disminución de la sensibilidad y alteraciones de esfínteres anal y vesical.
- d. Rotura o desconexión de los sistemas metálicos, si los hubiera.
- e. Lesión en vasos sanguíneos y/o vísceras.
- f. Muerte



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento QUIRURGICO DE LA MICRODISCECTOMIA LUMBAR. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCESO QUIRÚRGICO DE MICRODISCECTOMIA LUMBAR**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:  
\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:  
\_\_\_\_\_  
CMP N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:  
\_\_\_\_\_  
CEP N° \_\_\_\_\_

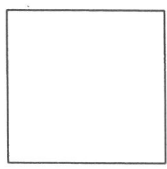


<b>DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE MICRODISCECTOMIA LUMBAR</b>				
Fecha: _____ / _____ /20_____;	Hora: _____:_____ hs	N° Historia Clínica: _____	N° de cama: _____	

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE MICRODISCECTOMIA LUMBAR, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:  
\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:  
\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

COD. FORMATO : XII-D.CIR.-15CG-02

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los 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			
Con DNI			Edad:



Procedimiento: TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA...

Impresión diagnóstica: HIDROCEFALIA CIE 10: G911

### EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una forma de tratamiento que consiste en realizar un orificio con el uso del Neuroendoscopio, utilizando una pinza o un catéter, en el piso del III ventrículo (por delante de la arteria basilar) así comunicarlo con el espacio subaracnoideo, restituyendo la circulación del líquido cefalorraquídeo ventricular hacia el espacio subaracnoideo. Una alternativa transitoria, además del manejo médico, son las punciones ventriculares repetidas si el paciente posee fontanela y la derivación ventricular de líquido cefalorraquídeo (atrial, peritoneal o externa). Para la realización de este tratamiento el paciente necesita estar en ayunas y tener estudios de laboratorio preoperatorio y evaluación preoperatoria

### Beneficio que produce

Disminuir la hipertensión endocraneana (presión incrementada del cerebro) debida a la acumulación de líquido cefalorraquídeo.

Evitar el daño del tejido cerebral producida por la hidrocefalia

### Riesgos frecuentes:

(Efectos adversos leves)

Infección: A nivel de la herida craneal y a nivel ventricular

Fístula de líquido cefalorraquídeo: Salida de líquido cefalorraquídeo a través de la herida

Mal función de la Tercer Ventriculostomía Endoscópica: Persistencia de hidrocefalia hipertensiva

### Riesgos graves:

(Eventos adversos graves y poco frecuentes)

1. Hematoma subdural: Sangrado por encima del hemisferio cerebral, en el espacio subdural.
2. Higroma subdural: Presencia de colección de líquido cefalorraquídeo a nivel del espacio subdural.
3. Contusión cerebral: Sangrado a nivel parénquima cerebral debido a la introducción del catéter ventricular.
4. Hemorragia ventricular: Sangrado intraventricular cerebral debido a la introducción del neuroendoscopio o al realizar la tercer ventriculostomía endoscópica.
5. Neumoencéfalo: Presencia de aire a nivel cerebral, aire que proviene del extracraneal y que ingresa durante el procedimiento.
6. Sobredrenaje: Drenaje de líquido cefalorraquídeo más de lo esperado que puede llevar a hematoma o higroma subdural.
7. Malfunción: Obstrucción de la tercer Ventriculostomía Endoscópica
8. Convulsiones.
9. Injuria de la arteria basilar
10. Injuria de Tronco Encefálico
11. Muerte



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento DE TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR DEL PROCEDIMIENTO DE TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA.**

Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:

CEP N° \_\_\_\_\_



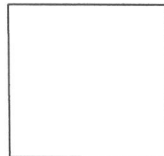
**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_  
Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar el **PROCEDIMIENTO DE TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA**, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



Firma y sello del  
Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA COD. FORMATO: XII-D-CIR-15CG-03

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías 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			
Con DNI		Edad:	

Procedimiento:...COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL...

Impresión diagnóstica: HIDROCEFALIA... CIE 10: G911

### EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este sistema se utiliza en los casos en que se acumule el líquido cefalorraquídeo dentro de las cavidades ventriculares porque exista un aumento de la producción, una dificultad en la circulación o un retraso en la eliminación. Para colocar este sistema el líquido debe ser claro, sin infección y sin hemorragia. La intervención consiste en realizar un orificio en el cráneo y colocar un tubo de silicona dentro de una de las cavidades ventriculares. Este pequeño tubo se conecta con otro que llega al abdomen. Estos tubos se implantan inmediatamente por debajo de la piel. Entre los dos tubos hay un reservorio que actúa como válvula para que salga el líquido cefalorraquídeo solamente cuando haya una determinada presión. En casos muy especiales el líquido no se puede llevar al abdomen y se coloca en otras cavidades (corazón, tórax. ).

### Beneficio que produce

Disminuir la hipertensión endocraneana (presión incrementada del cerebro) debida a la acumulación de líquido cefalorraquídeo.

Evitar el daño del tejido cerebral producida por la hidrocefalia

### Riesgos frecuentes

(Efectos adversos leves)

1. Infección: A nivel de la herida craneal y a nivel ventricular
2. Otra complicación relativamente frecuente es que deje de funcionar, porque se obstruya, se desplace el catéter, se acode en el trayecto. En estos casos hay que colocar otro sistema. No es frecuente pero puede suceder que se suelten los catéteres o que se rompan.
3. Durante los primeros días puede tener molestias a lo largo del trayecto de los catéteres y pequeños hematomas debajo de la piel.
4. Para pasar los tubos o catéteres desde la cabeza hasta el abdomen hay que tunelizar por debajo de la piel. En esta maniobra se pueden lesionar arterias y venas del cuello, lesiones en el pulmón o lesiones de las vísceras del abdomen. Todas estas lesiones son muy poco probables.
5. Se pueden producir hematomas en el cerebro en la zona por donde ha entrado el catéter o hematomas entre el cerebro y la duramadre.
6. Reacciones alérgicas
7. Fístula de líquido cefalorraquídeo: Salida de líquido cefalorraquídeo a través de la herida

### Riesgos graves

(Eventos adversos graves y poco frecuentes)

1. Hematoma subdural: Sangrado por encima del hemisferio cerebral, en el espacio subdural.
2. Higroma subdural: Presencia de colección de líquido cefalorraquídeo a nivel del espacio subdural.
3. Contusión cerebral: Sangrado a nivel parénquima cerebral debido a la introducción del catéter ventricular.
4. Hemorragia ventricular.
5. Neumoencéfalo: Presencia de aire a nivel cerebral, aire que proviene del extracraneal y que ingresa durante el procedimiento.
6. Sobredrenaje: Drenaje de líquido cefalorraquídeo más de lo esperado que puede llevar a hematoma o higroma subdural.
7. Convulsiones.
8. Muerte

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

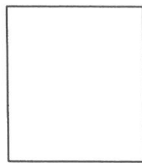
En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento de la COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCESO DE LA COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CMP N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
CEP N° \_\_\_\_\_



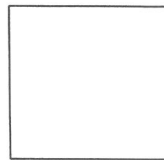
**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LA COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar LA COLOCACIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del  
Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO COLOCACIÓN DE SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA**

COD. FORMATO: XII-D.CIR-15CG-04

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	



Procedimiento: ... COLOCACIÓN DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Impresión diagnóstica: HIDROCEFALIA... CIE 10: G911

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Este sistema se coloca generalmente cuando se acumula el líquido de forma aguda, cuando hay una hemorragia, cuando hay una infección. Al cabo de unos días este sistema se tiene que retirar, bien porque ya no se necesite o porque se coloque un sistema de derivación interno. La intervención consiste en realizar un pequeño agujero en el cráneo y colocar un tubo de silicona dentro de una de las cavidades ventriculares Este tubo se conecta a una bolsa que recoge el líquido.

**Beneficio que produce**

Disminuir la hipertensión endocraneana (presión incrementada del cerebro) debida a la acumulación de líquido cefalorraquídeo.

Evitar el daño del tejido cerebral producida por la hidrocefalia

**Riesgos frecuentes:**

(Efectos adversos leves)

El riesgo principal que tiene esta intervención es que se infecte el líquido cefalorraquídeo. A medida que aumentan los días que es necesario estar con este sistema, más probabilidad hay de que se infecte a pesar de los cuidados en la manipulación.

Se puede producir una hemorragia dentro de los ventrículos cerebrales. Por lo general no necesita tratamiento y al cabo de unos días desaparece.

A veces el catéter se obstruye si hay sangre o si se infecta. También puede dejar de funcionar porque se vacíen rápidamente las cavidades o porque se salga de ellas. En estos casos es necesario cambiar el drenaje y colocar otro nuevo.

Al introducir el drenaje se puede producir una hemorragia dentro del cerebro. Suele ser de pequeño tamaño y no es habitual que precise tratamiento o que produzca problemas.

En casos en que el líquido acumulado esté a mucha presión, el vaciamiento rápido de este líquido puede provocar la aparición de una hemorragia entre la duramadre y el cerebro. Si esto sucede, puede ser necesaria una intervención para vaciar este hematoma.

Reacciones alérgicas

Fistula de líquido cefalorraquídeo: Salida de líquido cefalorraquídeo a través de la herida

**Riesgos graves:**

(Eventos adversos graves y poco frecuentes)

1. Hematoma subdural: Sangrado por encima del hemisferio cerebral, en el espacio subdural.
2. Higroma subdural: Presencia de colección de líquido cefalorraquídeo a nivel del espacio subdural.
3. Contusión cerebral: Sangrado a nivel parénquima cerebral debido a la introducción del catéter ventricular.
4. Hemorragia ventricular:
5. Neumoencéfalo: Presencia de aire a nivel cerebral, aire que proviene del extracraneal y que ingresa durante el procedimiento.
6. Sobredrenaje: Drenaje de líquido cefalorraquídeo más de lo esperado que puede llevar a hematoma o higroma subdural.
7. Convulsiones.
8. Muerte



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento de COLOCACIÓN DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCESO DE LA COLOCACIÓN DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:

CEP N° \_\_\_\_\_



**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLOCACIÓN DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO**

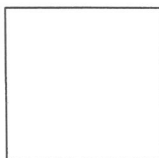
Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar el procedimiento de la COLOCACIÓN DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del  
Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.C.I.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

COD. FORMATO: XII - D. CIR - 15CG - 05

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	



Procedimiento: ... INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL

Impresión diagnóstica: ..... CIE 10: .....

### EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fusión vertebral mediante una instrumentación de Columna (implantes metálicos como barras y tornillos) y aporte de injerto óseo procedente de las propias vértebras y, en su caso, de las cresta ilíacas propias, de cadáver o biológico. Durante la operación existe una pérdida sanguínea que puede requerir transfusiones. La intervención requiere la separación de músculos y la extirpación de diferentes estructuras ligamentosas o discales, así como de superficies o elementos óseos y produce dolor variable en la zona operada que tiende a mejorar con el tiempo. Tras la intervención puede precisar reposo en cama durante un tiempo variable, así como el uso posterior de un corsé y limitación de la actividad. La intervención precisa de Anestesia que será valorada por el Servicio de Anestesiología.

### Beneficio que produce

Su objetivo es aliviar el dolor y mejorar la función alterada por la enfermedad o alteración vertebral.

### Riesgos frecuentes

Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

### Riesgos graves

1. Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
2. Infección de la herida quirúrgica superficial o profunda.
3. Rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo.
4. Lesión medular o de raíces nerviosas con secuelas neurológicas motoras (parálisis o disminución de fuerza), sensitivas (pérdida o alteración de la sensibilidad), pérdida de control de esfínteres o impotencia.
5. Lesiones vasculares. Hematomas
6. Parálisis intestinal (Ileo paralítico), infección pulmonar, infección urinaria.
7. Pseudoartrosis (no consecución de la artrodesis), rotura del material implantado.
8. Contracturas musculares. Dolor local permanente. Muerte



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento de INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCESO DE INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL.**



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:  
CMP N°: \_\_\_\_\_

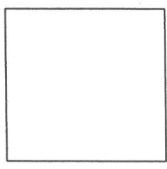
\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:  
CEP N° \_\_\_\_\_

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DE INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL	
Fecha: ____/____/20____; Hora: ____:____ hs	N° Historia Clínica: _____ N° de cama: _____

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar el procedimiento de la **INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL**, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:  
N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.C.I.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL BLOQUEO FACETARIO  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

COD. FORMATO: XII-D.CIR-15CG-06

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	



Procedimiento: Bloqueo Facetario

Hipótesis diagnóstica: DOLOR LUMBAR FACETARIO CIE 10:M544

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El procedimiento se realiza en sala de operaciones con sedación y anestesia local. Consiste en la aplicación de una mezcla de corticoides mas anestésico local en las articulaciones zigapofisiarias (facetatas) de los 2 o 3 últimos niveles lumbares, para lo cual es imperativo el uso de intensificador de imágenes durante el procedimiento (contraindicado en embarazadas)

**Beneficio que produce**

Es un procedimiento diagnóstico – terapéutico, que se realiza en pacientes con dolor lumbar bajo de tipofacetario. Se entiende que el paciente fue estudiado previamente, cuenta con radiografías, resonancia magnética de columna lumbar, que orienten a este diagnóstico y descartan otras patologías como causantes de dolor lumbar facetario (HNP, Espónidilodiscitis, tumores, etc)

**Otras alternativas**

Como tratamiento alternativo al bloqueo facetario podría seguir con tratamiento ortopédico kinésico, reposo médico, analgésicos, antiinflamatorios, órtesis lumbar, pero me han explicado que, en mi caso, la mejor opción es el bloqueo facetario.

**Riesgos frecuentes**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y los que pueden afectar otros órganos o sistemas.

Son riesgos específicos al procedimiento: en general solo complicaciones menores y transitorias: hipoestesis en extremidades inferiores, dolor local, alergia a medicamentos (muy rara)

La persistencia del dolo lumbar, indica que la etiología no es de causa facetaria y deberá reevaluarse al paciente

**Riesgos graves**

Algunas complicaciones poco frecuentes pueden requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo, pude producirse muerte del paciente



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

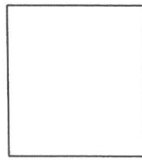
En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado detalladamente que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento del BLOQUEO FACETARIO. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCESO DEL BLOQUEO FACETARIO INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CMP N°: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Lic. Enfermería Asistente  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
CEP N° \_\_\_\_\_

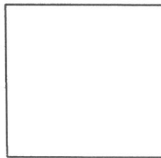
**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DEL BLOQUEO FACETARIO**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs | N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no realizar el procedimiento del BLOQUEO FACETARIO, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para dicho procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

CCD.FORMATO: XII-D.CIR-15CG-07

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y DS. N° 027- 2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, DS N° 013-2006-SA Reglamento de establecimiento 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			
N° de DNI		Edad:	

SERVICIO DE: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 2941, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico (a): \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_ me informó sobre el diagnóstico presuntivo ( ) o definitivo ( ) que es: \_\_\_\_\_ CIE 10: \_\_\_\_\_

brindándome información sobre ello, y respecto al internamiento en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Moquegua, y he comprendido lo siguiente: El Internamiento (hospitalización) es necesario para que me realicen estudios y/o reciba el tratamiento y/o intervenciones quirúrgicas especificado correspondiente, a las enfermedades diagnosticadas de acuerdo a la indicación médica aplicando los procedimientos por el equipo del servicio de cirugía., por lo que:

- Autorizo a que se realicen a mi persona o a mi apoderado procedimientos simples, con indicación médica, para la administración de medicamentos (vía oral, intramuscular, intravenosa, subcutáneo, intraocular y otros), colocación de catéter venoso periférico, aplicación de enemas, colocación de sondas nasogástrica, curación de heridas, higiene y aseo, cuidados de la piel, u otras relacionadas con mi confort.
- Es caso de procedimientos de mayor complejidad se me consultará a fin de dar autorización correspondiente.
- Declaro, que no oculto ninguna información sobre mi salud o la de mi apoderado que pudiera afectar negativamente, el estudio y el tratamiento y más aún si es una enfermedad contagiosa.
- Me han explicado que aún el mejor estudio, tratamiento y/o intervención quirúrgica no puede asegurar la ausencia de complicaciones y/o recuperación integral de mi salud, y aun los procedimientos médicos simples pueden producir complicaciones como: inflamación de los sitios de punción, alergias. Lesión en la piel y tejidos, dolor local en la zona de aplicación de los medicamentos y/o retiro accidental de los dispositivos médicos a lo que se informará al familiar responsable, se darán los cuidados inmediatos y necesarios según el caso.
- La evolución de la enfermedad que padezco o mi apoderado puede ser rápidamente cambiante por lo que será necesario actuar de forma inmediata y realizar los procedimientos necesarios para mi recuperación, incluyendo tratamientos o traslados a otro servicio lo que se me informará a mi apoderado o familiar tan pronto sea posible. Para lo cual autorizo, designo y consigno el nombre de la persona responsable y teléfono al final del presente documento.
- Se me brindará información sobre mi (el) estado de salud, pero no siempre recibiré información del mismo médico, por el sistema de turnos.
- Considero que el Hospital Regional de Moquegua cuenta con todo el cuidado y atención para la vigilancia y permanente cuidado.
- Autorizo a que cuando se amerite por el estado de salud mío o de mi apoderado y para evitar accidentes aplicando el plan de seguridad del paciente sea necesario ser sometido a alguna sujeción mecánica y evite agravar la enfermedad.
- Se me ha informado que en el Hospital Regional de Moquegua se encuentra prohibido grabar videos, audios o hacer grabaciones audiovisuales excepto por razones médicas y previa autorización de mi médico tratante.
- Se me ha informado el horario de visitas el cual me comprometo a respetar, este puede variar de acuerdo a la salud mi o la de mi apoderado.
- De contar con algún dispositivo electrónico deberá tener el permiso de los profesionales de enfermería, estos quedan bajo mi responsabilidad, de causar algún daño o pérdida por ello el Hospital Regional de Moquegua no se responsabilizará.



- He sido informado que el Hospital de Moquegua es docente, y dichas actividades serán realizadas durante mi estancia o la de mi apoderado a las que voluntariamente acepto las que serán bajo la supervisión del profesional de salud docente.
- Autorizo el uso de mis datos personales, de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 29733 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 beneficios 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.

Luego de la lectura precedente en señal de libre manifestación voluntad y conformidad con todo lo expresado sin necesidad de autenticidad notarial: lo suscribo y lo estampo y/o huella digital en señala de.

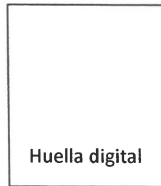
**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCEDIMIENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA**

**Responsable de recibir la información del paciente:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ parentesco (opcional) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CMP N°: \_\_\_\_\_



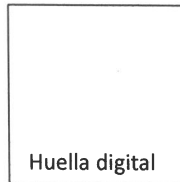
**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el ALTA EXIGIDA, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del  
Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE URODINAMIA EN ADULTOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES-UROLOGÍA DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

COD. FORMATO: XII-D.CIR-25E-01

(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			
Con DNI		Edad:	



Procedimiento: \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_ CIE 10: \_\_\_\_\_

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La urodinamia tiene por objetivo conocer de una forma más profunda la composición y funcionamiento de la musculatura vesical, responsable de la micción. Así, obtenemos unos valores cuantificables y comparables de la capacidad de almacenamiento y vaciado de la vejiga. El estudio urodinámico es generalmente un procedimiento bien tolerado y no doloroso, se realiza de manera ambulatoria y posterior a su realización la persona puede continuar con sus actividades habituales.

**PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO**

En la urodinamia se debe determinar la función del tracto urinario, tanto durante al almacenamiento de orina en la vejiga como durante el vaciamiento por lo tanto se debe llenar la vejiga y para esto se introduce una sonda de pequeño calibre a través de la uretra, este permitirá la presión dentro de la vejiga y al mismo tiempo llevará el líquido con el que se llena la vejiga (agua estéril) a su interior. Se debe introducir además una sonda rectal que medirá la presión abdominal. Una vez colocadas las sondas en su sitio se procede a llenar la vejiga y a tomar los respectivos registros posteriormente cuando el paciente manifieste el deseo de orinar se suspende la irrigación para que inicie la micción. Las dos sondas se retiran al finalizar el estudio.

**BENEFICIOS:**

- El realizar un estudio más exhaustivo de su vejiga puede ayudar a detectar alteraciones de la misma que pueden ser tratadas en el futuro.
- No existe para usted ningún beneficio inmediato.

**RIESGOS:**

- Los riesgos son mínimos durante el procedimiento y se toman las precauciones para su realización. Se pueden presentar. Infecciones urinarias para minimizar este riesgo se iniciará con antibioticoprofilaxis.
- Hay personas que se pueden sentir incomodas con la realización de la prueba con molestias o dolor de diferente intensidad.
- Es posible que presente tras la prueba molestias al orinar, sensación de escozor y tenga necesidad de orinar a menudo, para lo cual también se le indicará analgésicos urinarios.
- Excepcionalmente pueden ocurrir reacciones adversas a la medicación administrada o sustancias utilizadas durante la prueba.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ),  
APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico Tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento para la URODINÁMIA y dicha informado que he recibido ha sido muy detallada. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCEDIMIENTO DE LA COLOCACIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA.**



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
CMP N°: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante (opcional)  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA REALIZACIÓN DE LA URODINÁMIA EN ADULTOS**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_ hs      N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no PROCEDER CON LA URODINÁMIA, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del  
Profesional de la Salud no Médico que lo registra  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
N° de Colegiatura del Profesional: \_\_\_\_\_

APellidos y Nombres	N° H.C.I.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CISTOSCOPIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES-UROLOGÍA DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

COD. FORMATO: XII-D.CIR-25CE-02

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	

Procedimiento: \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_ CIE 10: \_\_\_\_\_

**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La vejiga es el depósito de orina que proviene de los riñones, que es guardado antes de ser evacuada por una micción y la uretra es el órgano que permite la salida de orina de la vejiga.

Este examen se practica usualmente de manera ambulatoria con anestesia local tópica (endogel). Se efectúa posterior a comprobar que no existe infección urinaria.

El cistoscopio es un instrumento tubular delgado que termina con una lente conectada a una fuente de luz; este se introduce a través de la uretra, iniciando por el meato urinario llegando a la vejiga.

En el hombre el paso del instrumento puede ser percibido a nivel del esfínter y de la próstata, a pesar de la anestesia local.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente.

**BENEFICIOS:**

- Visualización de la pared de la vejiga y la uretra, se usa para determinar o confirma una enfermedad
- Visualización del adenoma prostático en pacientes varones, como evaluación preoperatoria.
- Visualización en el trayecto de la uretra y su posibilidad de la dilatación de la misma.
- Evacuación de coágulos presentes en la vejiga.

**FACTORES DE RIESGO:**

- Se me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos en uso o cualquier otra circunstancia.
- Padecimiento de diabetes, hipertensión y obesidad, puede aumentar la frecuencia de riesgos y complicaciones.

**RIESGOS**

Después de la cistoscopia pueden sentir la necesidad urgente de orinar durante algunas horas y una sensación de ardor al orinar.

**COMPLICACIONES**

Hematuria transitorias, infecciones urinarias, trauma uretral, dolor uretral.

**CONTRAINDICACIONES:**

Alergia a la xilocaína.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PACIENTE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

**DECLARO:**

Que el Médico Tratante \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al estado de salud mío o de mi apoderado la realización del procedimiento para la URODINÁMIA y dicha informado que he recibido ha sido muy detallada. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**SI ACEPTO ( ), NO ACEPTO ( ) CONSENTIR EL PROCEDIMIENTO DE LA COLOCACIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA.**

<p>_____</p> <p>Huella digital</p> <p>_____ Firma del paciente o apoderado Nombres y apellidos:</p> <p>_____ DNI/CE/otro _____ N° _____</p>		<p>_____ Firma y sello del Médico Tratante Nombres y apellidos:</p> <p>_____ CMP N°: _____</p>
---	--	--

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante (opcional)  
Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_



<b>DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA REALIZACIÓN DE LA URODINÁMIA EN ADULTOS</b>	
Fecha: ____/____/20____; Hora: ____:____ hs	N° Historia Clínica: _____ N° de cama: _____

Yo \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ En mi calidad de: paciente ( ), apoderado ( ), parentesco: \_\_\_\_\_ Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el no PROCEDER CON LA URODINÁMIA, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN ( ) O REVOCATORIA ( )** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

<p>_____</p> <p>Huella digital</p> <p>_____ Firma del paciente o apoderado Nombres y apellidos:</p> <p>_____ DNI/CE/otro _____ N° _____</p>		<p>_____ Firma y sello del Profesional de la Salud no Médico que lo registra Nombres y apellidos:</p> <p>_____ N° de Colegiatura del Profesional: _____</p>
---	--	---

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de Seguro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA O NEONATOLOGÍA / DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

COD. FORMATO: XIV-D-PED.1SP/2SN.-

(Ley N° 26842, ley general de personas, modificada por la Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los 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			
Con DNI		Edad:	



Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI ( ) o CE ( ) otros ( ) número: \_\_\_\_\_ en mi calidad de : PADRE ( ), MADRE ( ), APODERADO ( ) parentesco: \_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de mis facultades mentales, señaló que he sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud.

DECLARO:

Que el médico tratante \_\_\_\_\_ CMP N°: \_\_\_\_\_ me informó sobre el diagnóstico presuntivo ( ) o definitivo ( ) que es: \_\_\_\_\_ CIE 10: \_\_\_\_\_



por el que deberá ser internado mi menor hijo(a) ( ) o apoderado ( ), por lo que me brindó información al respecto y necesidad de la hospitalización en las salas de Pediatría del Hospital Regional de Moquegua, y he comprendido lo siguiente:

- El Internamiento (hospitalización) es necesario y declaro que he sido informado/a de la naturaleza de la enfermedad de mi menor hijo(a)/apoderado(a) y de sus eventuales complicaciones.
- La hospitalización de mi menor hijo(a)/apoderado(a) es necesario para que se le realicen estudios y/o reciba el tratamiento especializado correspondiente, a sus enfermedades de acuerdo a la indicación médica-
- Autorizo. a que se realicen a mi menor hijo(a)/apoderado(a) procedimientos simples, con indicación médica, para la administración de medicamentos (vía oral, intramuscular, intravenosa, subcutáneo, intraocular y otros), colocación de catéter venoso periférico, aplicación de enemas, colocación de sondas nasogástrica, curación de heridas, higiene y aseo, cuidados de la piel, u otras relacionadas con su confort.
- Es caso de procedimientos de mayor complejidad se me consultará a fin de dar autorización correspondiente.
- Declaro, que no oculto ninguna información sobre su salud o la de mi apoderado que pudiera afectar negativamente, los estudios y los tratamientos y más aún si es una enfermedad contagiosa.
- Me han explicado que aún el mejor estudio y tratamiento no puede asegurar la ausencia de complicaciones y/o recuperación integral de su salud, y aun los procedimientos médicos simples pueden producir complicaciones como: inflamación de los sitios de punción, alergias, lesión en la piel y tejidos, dolor local en la zona de aplicación de los medicamentos y/o retiro accidental de los dispositivos médicos a lo que se me informará como familiar responsable/apoderado y se darán los cuidados inmediatos y necesarios según el caso.
- La evolución de la enfermedad que padece mi menor hijo(a)/apoderado(a) puede requerir actuar de forma inmediata y realizar los procedimientos necesarios para su protección y recuperación, tratamientos o traslados a orto Servicio/Unidad especializada, lo que se me informará como familiar responsable/apoderado(a) tan pronto sea posible.
- Considero que el Hospital Regional de Moquegua cuenta con todo el cuidado y atención para la vigilancia y permanente cuidado.
- Se me brindará información sobre el estado de salud de mi hijo(a) o apoderado(a), pero no siempre recibiré información del mismo médico, por el sistema de turnos Imperante.
- Autorizo que cuando se amerite por el estado de salud de mi menor hijo(a)/apoderado(a) y para evitar accidentes aplicando el plan de seguridad del paciente y sea necesario ser sometido a alguna sujeción mecánica y evite agravar la enfermedad.
- Se me ha informado que en el Hospital Regional de Moquegua se encuentra prohibido grabar videos, audios o hacer grabaciones audiovisuales excepto por razones médicas y previa autorización de mi médico tratante.
- Se me ha informado el horario de visitas el cual me comprometo a respetar, este puede variar de acuerdo a la salud mi o la de mi menor hijo(a)/apoderado(a).
- De contar con algún dispositivo electrónico deberá tener el permiso de los profesionales de enfermería, estos quedan bajo mi responsabilidad, de causar algún daño o pérdida por ello el Hospital Regional de Moquegua no se responsabilizará.

- He sido informado que el Hospital de Moquegua es docente, y dichas actividades serán realizadas durante mi estancia de mi menor hijo(a)/apoderado(a) a las que voluntariamente acepto que participe, las que serán bajo la supervisión del profesional de salud docente.
- Teniendo en consideración que el responsable del cuidado del menor de preferencia debe de ser familiar directo (sexo femenino).
- En el horario de visita queda restringido a los familiares directos (padres y hermanos), excepcionalmente podrán visitarlo (la) otros parientes con un número no mayor a 2 personas por visita.
- La información que se brinda en cuanto a la salud del paciente es a los familiares directos (padres o apoderados).
- Autorizo el uso de mis datos personales, de manera libre, previa, expresa, 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 beneficios 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 de mi menor hijo(a)/apoderado(a).

Luego de la lectura precedente en señal de libre manifestación voluntad y conformidad con todo lo expresado sin necesidad de autenticidad notarial: lo suscribo y lo estampo y/o huella digital en señala de.



SI ACEPTO (  ), NO ACEPTO (  ) CONSENTIR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA (  ) NEONATOLOGÍA (  ) DE MI HIJO(A) O APODERADO(A).

_____ Firma del padre/madre o apoderado Nombres y apellidos:  DNI/CE/otro _____ N° _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella digital	_____ Firma y sello del Médico Tratante Nombres y apellidos:  CMP N°: _____
--	--	---

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA O NEONATOLOGÍA	
Fecha: ____ / ____ /20____ ; Hora: ____ : ____ hs	N° Historia Clínica: _____ N° de cama: _____

Yo \_\_\_\_\_  
 De \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI/CE/otro \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 En mi calidad de: padre (  ), madre (  ) o apoderado (  ),  
 parentesco: \_\_\_\_\_

Que a pesar de toda la información entregada por el médico tratante sobre los riesgos que implica el ALTA EXIGIDA, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN (  )** O **REVOCATORIA (  )** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Regional de Moquegua.

_____ Firma del padre/madre o apoderado Nombres y apellidos:  DNI/CE/otro _____ N° _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella digital	_____ Firma y sello del Profesional de la Salud no Médico que lo registra Nombres y apellidos:  N° de Colegiatura del Profesional : _____
--	--	--

APELLIDOS Y NOMBRES	N° H.CI.	N° Cama	Servicio	N° de seguro