



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 26 de noviembre de 2025.

VISTOS: El Informe N° 022-2025-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC, de fecha 21 de abril de 2025, del Médico Prestacional de la Unidad de Gestión de la Calidad; el Informe N° 209-2025-DIRESA-HRM/05, de fecha 25 de abril de 2025, de la Unidad de Gestión de la Calidad; el Informe N° 040-2025-DIRESA-HRM-AL/01, de fecha 28 de mayo de 2025, de la Oficina de Asesoría Legal; el Informe N° 359-2025-DIRESA-HRM/11-11.02/ME-MFR, de fecha 09 de julio de 2025, del Área Funcional de Medicina Física y Rehabilitación; el Informe N° 1126-2025-DIRESA-HRM/11, de fecha 10 de julio de 2025, del Departamento de Medicina; el Informe N° 112-2025-DIRESA-HRM/03-RAC, de fecha 30 de julio de 2025, del Área de Racionalización; el Informe N° 898-2025-DIRESA-HRM-03, de fecha 01 de agosto de 2025, de la Oficina de Planeamiento Estratégico; el Acta N° 012, de fecha 16 de abril de 2025, del Comité Institucional de Historias Clínicas; el Informe Legal N° 201-2025-DIRESA-HRM-AL/01, de fecha 26 de noviembre de 2025, de la Oficina 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, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, consagran que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, estableciendo que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad ineludible del Estado regularla, vigilarla y promoverla, garantizando que toda persona reciba una atención sanitaria adecuada, respetando su dignidad y derechos fundamentales dentro del sistema de salud nacional;

Que, el artículo 4 de la acotada Ley dispone taxativamente que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo, libre e informado, o el de la persona llamada legalmente a darlo si correspondiere; asimismo, el artículo 15 literal h), reconoce el derecho fundamental de toda persona a que se le comunique todo lo necesario —riesgos, beneficios y alternativas— para que pueda dar su consentimiento informado de manera consciente, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento médico;

Que, el artículo 15.4 de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, regula específicamente el derecho al Consentimiento Informado, estipulando la obligatoriedad de que este conste por escrito en un documento oficial cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad física o psíquica de la persona, garantizando así que la decisión del paciente sea tomada con plena libertad y sin vicios de voluntad;

Que, el artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, precisa que el proceso de consentimiento informado debe materializarse necesariamente por escrito en un documento que visibilice de manera clara el proceso de información y decisión entre el médico y el paciente; dicho documento posee valor legal y debe formar parte integrante de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su correcta gestión, custodia y archivo para fines asistenciales y legales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, se aprobó la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual establece en su numeral 5.2.2, ítem 16, los estándares técnicos obligatorios, el contenido mínimo y la estructura que debe poseer el Formato de Consentimiento Informado, incluyendo la identificación de la IPRESS, datos del paciente, descripción del procedimiento, riesgos, beneficios, y las firmas y huellas digitales correspondientes;

Que, a través del Informe N° 359-2025-DIRESA-HRM/11-11.02/ME-MFR, la Jefatura del Área Funcional de Medicina Física y Rehabilitación ha remitido formalmente el levantamiento de las observaciones formuladas a los formatos de consentimiento informado y otros formatos asistenciales, solicitando su aprobación para estandarizar los procesos de atención en el servicio, garantizando así el cumplimiento de las normas de auditoría y calidad en salud vigentes en la institución;

Que, el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua, en ejercicio de sus funciones técnicas, mediante Acta N° 012 de fecha 16 de abril de 2025, procedió a la revisión y validación exhaustiva de los formatos de Medicina Física y Rehabilitación, encontrándolos conformes a la normatividad vigente y adecuados para su aplicación en los procedimientos intervencionistas, no intervencionistas y de fisioterapia que se realizan en dicha unidad orgánica;

Que, mediante el Informe N° 112-2025-DIRESA-HRM/03-RAC, el Área de Racionalización de la Oficina de Planeamiento Estratégico ha emitido opinión técnica favorable respecto a la estructura de los documentos y ha procedido a asignar la codificación institucional correspondiente, siendo los Códigos XI-D.MED-2SME-MFR del 01 al 08, verificando su alineamiento con el sistema de gestión documental de la entidad y recomendando su formalización mediante acto resolutivo;



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 26 de noviembre de 2025.


Que, mediante Informe Legal N° 201-2025-DIRESA-HRM-AL/01, la Oficina de Asesoría Legal, tras el análisis jurídico correspondiente, concluye que los formatos propuestos cumplen con todos los requisitos legales y técnicos establecidos en la Ley N° 29414, su Reglamento y la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, garantizando el respeto a los derechos del paciente a la información y seguridad, por lo que recomienda procedente y su aprobación mediante la emisión de la presente Resolución Directoral;

Estando a lo expuesto y con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad; ; y,

De conformidad con lo dispuesto en 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° 07-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1º. APROBAR los Formatos Asistenciales y de Consentimiento Informado del Área Funcional de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Moquegua, los mismos que se detallan a continuación y que forman parte integrante de la presente Resolución a folios doce (12), los cuales se detallan a continuación:

- 
1. Consentimiento informado de procedimiento fisiátrico intervencionista (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-01).
 2. Consentimiento informado de procedimiento fisiátrico no intervencionista (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-02).
 3. Consentimiento informado de procedimientos de fisioterapia (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-03).
 4. Control de asistencia - Programación (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-04).
 5. Ficha de atención: Pediatría - Lenguaje (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-05).
 6. Ficha de atención: Neurológico - Traumatológico (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-06).
 7. Hoja de evolución (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-07).
 8. Formato de atención de pacientes hospitalizados (Cód. XI-D.MED-2SME-MFR-08).

Artículo 2º. DISPONER la implementación y uso obligatorio de los formatos aprobados en el artículo precedente, en el Servicio de Medicina Especializada - Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Moquegua, bajo responsabilidad funcional.

Artículo 3º. ENCARGAR al Departamento de Medicina y a la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión, monitoreo y supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución.

Artículo 3º.- REMÍTASE 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.



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

DR. OTTO OLIVEROS SUÁREZ ANGLÉS
C.M.P. 034923 - R.N.E. 038198
DIRECTOR EJECUTIVO

OOSA/DE
MYAP/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) D. MEDICINA
(01) G. CALIDAD
(01) U. ESTADÍSTICA E INF.
(01) ARCHIVO

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

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de salud. 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° 29733 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento). D.S. N°003-2013-JUS.

(El consentimiento informado será explicado por el médico tratante, el cual llenará el encabezado. El consentimiento por el paciente o el apoderado)

Fecha:		Hora:	N° H. Cl.:
Nombres y apellidos			
Con DNI		Edad:	

Procedimiento: _____

Impresión diagnóstica: _____ CIE 10: _____

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 neuromusculoesquelético, 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bloqueo Paraespinal/Facetario | <input type="checkbox"/> Agujamiento e inyección de punto gatillo |
| <input type="checkbox"/> Infiltración con corticoide a nivel articular y tejido blando | <input type="checkbox"/> Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Artrocentesis | <input type="checkbox"/> Electroacupuntura |
| <input type="checkbox"/> Proloterapia (terapia regenerativa) | <input type="checkbox"/> Terapia neural |
| <input type="checkbox"/> Estimulación intramuscular de chan gunn | |

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).

EFFECTOS 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.

EFFECTOS 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.

EFFECTOS 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.

CÓDIGO : XI-D.MED-2SME-MFR-01

- 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

En pleno uso 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.

DECLARO:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente y necesario, debido al estado de mi salud, la realización del procedimiento de _____ sobre el cual he sido informado detalladamente. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntariamente y libremente: **SI ACEPTO (), NO ACEPTO () PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO FISIATRICO INTERVENCIONISTA POR MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION**



Firma del paciente o apoderado
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro _____ N° _____



Firma y sello del Médico tratante
Nombres y apellidos:

CMP _____ RNE _____

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO FISIATRICO	
Fecha: ____/____/20____ ; Hora: ____:____ hs	N° Historia Clínica: _____

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 y los riesgos que implica no realizar **EL PROCEDIMIENTO FISIATRICO INTERVENCIONISTA**, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN /REVOCACIÓN** 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 Médico tratante
Nombres y apellidos:

CMP _____ RNE _____

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

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

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de salud. 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° 29733 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento). D.S. N°003-2013-JUS.

(El consentimiento informado será explicado por el médico tratante, el cual llenará el encabezado. El consentimiento por el paciente o el apoderado)

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:
Nombres y apellidos		
Con DNI		Edad:

Procedimiento: _____

Impresión diagnóstica: _____ CIE 10: _____

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 neuromusculoesquelético, 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
- Láser

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: Pérdida 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

CÓDIGO: XL-D.MED-2SME-MFR-02

información y, en cualquier caso, a retirar su consentimiento en cualquier momento previo a la realización de la técnica o durante ella.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

En pleno uso 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.

DECLARO:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente y necesario, debido al estado de mi salud, la realización del procedimiento de _____ sobre el cual he sido informado detalladamente. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntariamente y libremente: **SI ACEPTO (), NO ACEPTO () PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO FISIATRICO NO INTERVENCIONISTA POR MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION**



Firma del paciente o apoderado
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro _____ N° _____



Firma y sello del Médico tratante
Nombres y apellidos:

CMP _____ RNE _____

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO FISIATRICO NO INTERVENCIONISTA	
Fecha: ____/____/20____ ; Hora: ____:____ hs	N° Historia Clínica: _____

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 y los riesgos que implica no realizar **EL PROCEDIMIENTO FISIATRICO NO INTERVENCIONISTA**, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN /REVOCACIÓN** 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 Médico tratante
Nombres y apellidos:

CMP _____ RNE _____

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPIA
LICENCIADO TECNOLÓGICO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA**

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

(Ley N° 26842, ley general de salud. 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° 29733 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento). D.S. N°003-2013-JUS.

(El consentimiento informado será explicado por el médico tratante, el cual llenará el encabezado. El consentimiento por el paciente o el apoderado)

Fecha:	Hora:	N° H. Cl.:
Nombres y apellidos		
Con DNI		Edad:

Procedimiento: _____

Impresión 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 Físicos-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.

CÓDIGO: XI-D.MED-25ME-MFR-03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

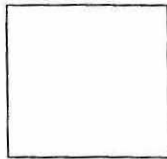
En pleno uso de mis facultades mentales, luego de haber sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud y en cumplimiento a lo establecido en la ley N° 29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de las Servicios de Salud.

DECLARO:

Que el Médico Tratante _____ con
CMP N° _____, me ha explicado que es conveniente y necesario, debido al estado de mi salud, la realización del procedimiento para _____ sobre el cual he sido informado detalladamente. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntariamente y libremente: **SI ACEPTO ()**, **NO ACEPTO ()** CONSENTIR EL PROCEDIMIENTO DE FISIOTERAPIA POR LICENCIADO TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA



Firma del paciente o apoderado
Nombres y apellidos:



Firma y sello del Médico tratante
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro _____ N° _____

CMP N°: _____

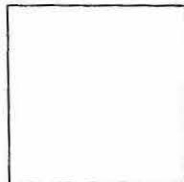
Firma y sello del profesional no médico: Licenciado en terapia física
Nombres y apellidos:

Colegio Profesional N° _____

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE..... (NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO)	
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 y los riesgos que implica no realizar _____, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN /REVOCACIÓN** 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:



Firma y sello del Profesional no Médico
que recibe la revocatoria
Nombres y apellidos:

DNI/CE/otro _____ N° _____

Colegio Profesional: _____

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

ÁREA FUNCIONAL “MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN”
“CONTROL DE ASISTENCIA”
PROGRAMACION

Hora terapia:					N° Sesiones: _____							Lunes(), Martes(), Miércoles(), Jueves(), Viernes(), Sábado()																				
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ASISTENCIA A PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO																																
N°	FECHA		ADMISIÓN				FIRMA				N°	FECHA		ADMISIÓN				FIRMA														
1.											6																					
2.											7																					
3.											8																					
4.											9																					
5.											10.																					
N°	FECHA		PROCEDIMIENTO MÉDICO REHABILITADOR								ADMISION				FIRMA																	
1.																																
2.																																
3.																																
4.																																
Observaciones/Sugerencias:														Se programó				Sello/firma del Programador														
														//20_																		



CÓDIGO : XI - D.MED - 2SME - MFR - 04

ÁREA FUNCIONAL DE “MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN”

FICHA DE ATENCIÓN

PEDIATRÍA () LENGUAJE ()

CONSULTA N° _____		H. Clínica:		DNI:			
Antecedentes:		Apellidos:		Edad:			
		Nombres:		Teléfono:			
		F. Nac: Día ___ Mes ___ Año ___		Sexo: M (), F ()			
	Fecha: / /	N° SS	Frec.	Tratamiento:			
Diagnóstico:	CIE 10			Procedimiento no en lista (especifique):	97139	Terapia complejo orofacial:	97008
		N° Orden de At.		Desarrollo de habilidades cognitivas:	97532	Técnicas de integración sensorial:	97533
				Succión RN	97012.01	Reeducación neuromuscular:	97112
		Seguro:					
		Particular		Fisioterapia Respiratoria:	97799.01	Ejercicios terapéuticos:	97110
		SIS					
		SOAT		Hidroterapia:	97007	Terapia Manual:	97125
		SaludPol					
Sello y Firma				Otras Especificaciones:			
Observaciones:							



CÓDIGO: XI-D.MED-25ME-MFR-05

ÁREA FUNCIONAL DE “MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN “

FICHA DE ATENCION
NEUROLÓGICO () TRAUMATOLÓGICO ()

CONSULTA N° _____		H. Clínica:		DNI:	
Antecedentes:		Apellidos:		Edad:	
		Nombres:		Teléfono:	
		Ocupación:		F. Nac: Día ___ Mes ___ Año ___ Sexo: M (), F ()	
		Domicilio:		Distrito:	
Diagnóstico:	Fecha: / /	N° SS	Frec.	Tratamiento:	
CIE 10				Hidroterapia: 97007	Terapia orofacial: 97008
				Compresas calientes/ frías 97010	Ejercicio Funcional: 97530
		N° Orden de At.		Electroterapia: 97032	Ejercicio Terapéutico: 97110
				Reeducación neuromuscular: 97112	Procedimiento no en lista (especifique): 97139
		Seguro:		Terapia Manual: 97125	Masoterapia: 97124
Sello y Firma	Particular			Fisioterapia cardiovascular: 97799.02	Fisioterapia Respiratoria 97799.01
	SIS			Fisioterapia suelo pélvico: 97139.01	
	SOAT				
	SaludPol				
Observaciones:			Otras especificaciones:		



Código: XI - D.MED - 2SME - MFR - 06

"ÁREA FUNCIONAL DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN"

HOJA DE EVOLUCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS							N° HCL.	N° CAMA	SERVICIO DE A/A	
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()	Sello y Firma del profesional hábil.		
Fecha (Sesión 1)										
Tratamiento:										
Observación:										
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()	Sello y Firma del profesional hábil.		
Fecha (Sesión 2)										
Tratamiento:										
Observación:										
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()	Sello y Firma del profesional hábil.		
Fecha (Sesión 3)										
Tratamiento:										
Observación:										
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()	Sello y Firma del profesional hábil.		
Fecha (Sesión 4)										
Tratamiento:										
Observación:										
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()	Sello y Firma del profesional hábil.		
Fecha (Sesión 5)										
Tratamiento:										
Observación:										



CÓDIGO : XI - D.MED - 2SME - MFR - 04

Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()		Sello y Firma del profesional hábil.
Fecha (Sesión 6)									
Tratamiento:									
Observación:									
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()		Sello y Firma del profesional hábil.
Fecha (Sesión 7)									
Tratamiento:									
Observación:									
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()		Sello y Firma del profesional hábil.
Fecha (Sesión 8)									
Tratamiento:									
Observación:									
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()		Sello y Firma del profesional hábil.
Fecha (Sesión 9)									
Tratamiento:									
Observación:									
Evaluación:	Sat.:	F.C:	T°:	FR:	PA:	Sintomático respiratorio:	SI (),NO ()		Sello y Firma del profesional hábil.
Fecha (Sesión 10)	REPORTE FINAL								
Tratamiento:									
Observación:									
Sugerencias:									



**"ÁREA FUNCIONAL DE "MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN"
FORMATO DE ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

FECHA: _____ PROCEDENCIA: _____ F.N: _____ PESO: _____ TALLA: _____


PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ H.C: _____ DNI: _____ SERVICIO: _____

DIAGNOSTICO: _____

SIS: SI () NO () OTROS: _____

INDICACIONES:



SESION	FECHA	TERAPIA	TERAPEUTA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*LLENAR HOJA DE EVOLUCION EN LA SIGUIENTE PÁGINA

CÓDIGO : XI - D.MED - 25ME - MFR - 08.

ACTA 012

Institucional de Historias Clínicas del Hospital Regional de Moquegua
en las 11:25 hrs del día 16 de abril del 2025 en sala de
del 3er piso -

Se acuerda:

- Validación de formatos de consentimiento informado de Medicina Física y Rehabilitación:

- 1.- consentimiento informado de procedimientos psiquiátrico intervencionista médico especialista: Medicina Física y rehabilitación.
- 2.- Consentimiento informado de procedimientos de fisioterapia licenciado tecnólogo médico en terapia física.
- 3.- (Consentimiento informado) Hoja de evolución: TF 001 Área Funcional de Medicina Física y Rehabilitación.
- 4.- Consentimiento informado de procedimiento psiquiátrico no intervencionista médico especialista: Medicina física y rehabilitación.
- 5.- (Hoja de evolución) Control de Asistencia- Programación MFyR 01-1
- 6.- Formatos de atención de pacientes hospitalizados MFyR 002
- 7.- Ficha de Atención MFyR 001 Neurológico () Traumatológico ()
- 8.- Ficha de Atención MFyR 001 Pediatría () Lengüaje ()

- Validación Formatos: Plan de Atención individualizada (PAI)

USHMA

- Validación Formato Hoja de Identificación, Item religión
- Validación cartilla Cardiología: tratamiento anticoagulante

② Desarrollo 8

- En Hoja de identificación de consulta externa se valido agregar el idem de religión y se omite los idem % uco / mundo en acompañante, agrupando al celular del acompañante.

- Se valido cartilla para paciente anticoagulado para el servicio de Cardiología.

- El formato de Plan de Atención individualizada (PAI) de la USHMS queda pendiente validar por ítemes que se en validados por el servicio.

- Se validaron los formatos de Medicina Física y Rehabilitación.

① Consentimiento informado de procedimientos psiquiátricos, intervenciones médico especialista: Medicina Física y Rehabilitación.

② Consentimiento informado de procedimientos de psicoterapia licenciado tecnólogo médico en terapia física.

③ Consentimiento informado de procedimientos psiquiátricos no intervencionista Médico especialista: Medicina Física y Rehabilitación.

④ Hoja de evolución TF 001.

⑤ Formato de atención de pacientes hospitalizados MFyR 002.

⑥ Ficha de Atención MFyR 001 Pediatría () Dermatología ()

⑦ Ficha de Atención MFyR 001 Neonatólogos () Traumatología ()

⑧ Ficha "Control de Asistencia" Programación MFyR 001 - 1.

③ Acuerdos % - Queda pendiente (validación) formato de hoja de identificación de consulta externa agregar al proceso de validación con comité de validación.

TRINA YELER
MILUSKA LEONAR

[Signature]
CMP 78824

[Signature]

[Signature]

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE MEDICINAS M
[Signature]
Dr. Walter Neira Flores
SERVICIO DE PSIQUIATRIA
CMP 24001

[Signature]
Ruyra Ramos
cep 71412

[Signature]
Lis Ann Entenmiera
Reyna E. Alca Vilca
C.E.P. 075263

[Signature]
Sara Victoria Cently Valdivia
Medico Cirujano
C.M.P 78812 RNA-A 12046

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
[Signature]
Lic Nancy Roxana Novoa Zeballos
CEP 14907 RNE 022392
DPTO DE ENFERMERIA

LISTA DE ASISTENCIA

" Consejo de Historias Clínicas "

MA/MOTIVO: Validación Formatos Med. Rehab y Rehab / USHMA / Consulta externa

FECHA: 16/09/2025

RVICIO: Unidad de Gestión de Calidad

NOMBRES Y APELLIDOS	DEPARTAMENTO / SERVICIO	PROFESIÓN	DNI	FIRMA
Nereides Mendiga Quill	Epidemiología	Enfermera	44727616	<i>[Firma]</i>
Priscila Margaret Cordova Santos	MEDICINA	Oncólogo Médico	45474191	<i>[Firma]</i>
Ada Cesia Moracco Mamani	Unidad Seguros	médico Auditor	44108557	<i>[Firma]</i>
Jeanela Quispe Gonzalez	Unidad Gestión Calidad	Médico Auditor	72149529	<i>[Firma]</i>
Miluska Leonor Tizana Yerba	Unidad de Seguros	Médico Auditor	43871597	<i>[Firma]</i>
Puyeri Famos Mamani	Consulta externa	Enfermero	71047330	<i>[Firma]</i>
Walter Neira Flores	Salud Mental	Médico	29295788	<i>[Firma]</i>
Reyna E. Alca Ulla	Salud Mental	Enfermera	70377307	<i>[Firma]</i>
Nancy Novoa Zeballes	Enfermería -	Enfermera	29279840	<i>[Firma]</i>
Hugo Catacora Huacra	U.E.I.	soporte enfermería	41655215	<i>[Firma]</i>
Paxano Quillen Loaysa	Medicina físico	Médico auditor	42006157	<i>[Firma]</i>

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

RECIBIDO: 29 / A 05 / 25

HORA: 09:43 FIRMA: [Firma]

INFORME N° 040-2025-DIRESA-HRM-AL/01

DE : M.E. KOKENSON VALENTIN VILCA MAQUERA
Director Ejecutivo del Hospital Regional Moquegua

DE : Abg. JULIO CESAR MIRANDA HUALLPA
Oficina de Asesoría Legal

ASUNTO : REMITO INFORMACION SOLICITADA

REFERENCIA : Informe N° 209-2025-DIRESA-HRM/05

FECHA : Moquegua, 28 de mayo de 2025

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
SECRETARIA DIRECCIÓN
RECIBIDO

28 MAYO 2025

N° REG. 08264 FOLIOS: 20

HORA: 11:28 FIRMA: [Firma]

Mediante el presente me dirijo a Ud., para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, la Unidad de Gestión de Calidad solicita validación de formatos, anexos de la Guía de Procedimiento Asistencial del Área de Medicina Física y Rehabilitación, por lo que, se sugiere derivar el documento a la Oficina de Planeamiento Estratégico para su tramite correspondiente;

Es cuanto informo a Usted para su atención, y acciones correspondientes.

Atentamente;

[Firma manuscrita]

Abg. JULIO CESAR MIRANDA HUALLPA
CAM: 1312
Oficina de Asesoría Legal

JCMH/AL
CC. Archivo

[Firma manuscrita]

30.05.25
16:03

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DIRECCIÓN EJECUTIVA

RECIBIDO: 29 DE 05 DEL 2025

CASE: Planeamiento

PARTE: Evaluación e Informe

PROVEIDO
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

29.05.2025 A: [Firma]

FECHA DESTINO: [Firma]

Disposición : [Firma]

Prioridad : [Firma]

Plazo máx. atención: [Firma]

INFORME N° 209-2025-DIRESA-HRM/05

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
SECRETARIA GENERAL
RECIBIDO
28 ABR. 2025
N° REG. 06555 FOLIOS: 19
HORA 9:32 FIRMA: CJ

A : M.E. KOKENSON VALENTIN VILCA MAQUERA
Director Ejecutivo del Hospital Regional Moquegua

DE : C.D. ANA BIANCA ORDOÑO NINA
Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad

ASUNTO : REMITO VALIDACIÓN DE FORMATOS, ANEXOS DE LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DEL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

REFERENCIA : INFORME N° 022-2025-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC

ATENCIÓN : ÁREA DE ASESORÍA LEGAL

FECHA : Moquegua, 25 de abril del 2025

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, sobre Validación de formatos, anexos de la Guía de Procedimiento Asistencial del Área de Medicina Física y Rehabilitación, se solicita que sea aprobado con acto resolutivo correspondiente.

Es cuanto informo usted, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Atentamente,

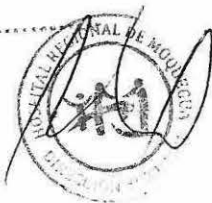
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

C.D. Ana Blanca Ordoño Nina
COP. 40319
JEFE (E) DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ABON/JUGC
C.C. Archivo.
Folio: 18

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DIRECCION EJECUTIVA
MOQUEGUA, 29 DE ABRIL DEL 2025
PASE A Asistencia Legal
PARA: Acto Resolutivo

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
AREA DE ASESORIA LEGAL
RECIBIDO: 30 104 25
Hora: Firma:



INFORME N° 022-2025-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC

A : C.D. ANA BIANCA ORDOÑO NINA
Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad

DE : M.C. SARA VICTORIA CENTTY VALDIVIA
Médico Prestacional de la Unidad de Gestión de la Calidad

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
RECIBIDO 21/04/25
Hora: Firma: H.....

ASUNTO : REMITO VALIDACION DE FORMATOS ANEXOS DE LA GUIA DE
PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DEL AREA DE MEDICINA FISICA
Y REHABILITACIÓN

REFERENCIA : ACTA 012 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

FECHA : Moquegua, 21 de abril del 2025

Me es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo remitirle los formatos que fueron validados en reunión de Comité de Historias clínicas el día 16 de abril del 2025.

I. ANTECEDENTES:

1. ACTA 012 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
2. INFORME N°083-2024-DIRESA-HRM/AFP GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DEL AREA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
3. Comité de Historias Clínicas 2025 Resolución Ejecutiva Directoral N° 057-2025-DIRESA-HRM/DE.

II. ANALISIS:

- Se lleva a cabo la reunión de Comité de Historias Clínicas el día 16 de abril del 2025 en sala de reuniones del 3er piso.
- Se validaron los consentimientos informados de medicina física y rehabilitación:
 - ✓ Consentimiento informado de procedimientos fisiátrico intervencionista medico especialista: Medicina Física y Rehabilitación.
 - ✓ Consentimiento informado de procedimientos de Fisioterapia Licenciado tecnólogo medico en terapia física.
 - ✓ Hoja de evolución: TF 001 Área Funcional de Medicina Física y Rehabilitación
 - ✓ Consentimiento informado de procedimiento fisiátrico no intervencionista medico especialista: Medicina Física y Rehabilitación.
 - ✓ Control de asistencia-programación MFYR 001-1
 - ✓ Formato de asistencia de pacientes hospitalizados MFYR 002
 - ✓ Ficha de atención MFYR 001 Neurológico () Traumatológico ()
 - ✓ Ficha de atención MFYR 001 Pediatría () Lenguaje ()

III. CONCLUSIONES:

- Los formatos presentados fueron revisados y cumplen con la "NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA


Sara Victoria Centty Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P. 78812-RNA-A-12048

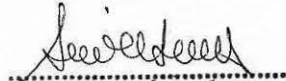
HISTORIA CLINICA". Además de ser validados en Comité de Historias Clínicas el día 16 de abril del 2025.

IV. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda pasar al Área de Asesoría Legal para la respectiva aprobación y resolución.

Es cuanto informo a usted, para su trámite correspondiente.

Atentamente,


Sara Victoria Centty Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P 78812 RNA-A 12046

PROVEIDO	
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIAD	
21/04/2025 FECHA	Socolesma DESTINO
Disposición: Proyecto insure	
Prioridad:	
Plazo máx. atención:	

