



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de abril de 2026.

**VISTOS:** El Informe N°420-2026-DIRESA-HRM-03, emitido el 30 de marzo del 2026, por la jefatura de Planeamiento Estratégico; Informe N° 055-2026-DIRESA-HRM/03-RAC, de fecha 30 de marzo de 2026, Área de Racionalización; Informe N° 141-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 26 de marzo de 2026 Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad; Informe N° 014-2026-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC, de fecha 26 de marzo de 2026, Personal de la UGC; Informe N° 859-2025-DIRESA-HRM/19, de fecha 28 de noviembre de 2025, jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N°211-2025-DIREA-HRM/19-19.1/D.PCYAP-1SL-B.S de fecha 25 de noviembre de 2025, Medico Responsable del Área de Banco de Sangre, 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 III 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 es de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

El artículo 6° de la Ley 26454, establece que los bancos de sangre son los establecimientos destinados a la extracción de sangre humana. Para transfusiones, terapias preventivas y a investigación; funcional con licencia sanitaria y están encargados de asegurar la calidad de esta y sus componentes durante la obtención, procesamiento y almacenamiento;

La Resolución Ministerial N°614-2004/MINSA resuelve aprobar diversas Normativas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS) y son de aplicación a nivel nacional, encontrándose dentro de esta Norma Técnica N°016-MINSA/DGSP-V01:" FORMATOS Y REGISTROS "que, establece la estructura que debe contener el Plan de Capacitación y Entrenamiento del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre;

Que, el artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 26454, que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana, aprobado con Decreto Supremo N° 03-95-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 017-2022-SA, establece que los Bancos de Sangre son Servicios Médicos de Apoyo - SMA, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud, e inscritos en el Registro Nacional de Centros de Hemoterapia, Bancos de Sangre y Plantas de Hemoderivados, y realizan directamente la promoción, captación, colecta, procesamiento y distribución de sangre y/o fracciones en forma oportuna, en calidad y cantidad necesarias para ser aplicadas con fines terapéuticos, según corresponda;

Que, con Informe N° 859-2025-DIRESA-HRM/19, de fecha 28 de noviembre de 2025, jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, de conformidad con el Informe N° 211-2025-DIRESA-HRM/19-19.1/D. PCyAP-1SL-B.S, remite la propuesta de nuevos Formatos de Solicitud de Transfusión, Consentimiento Informado del Receptor y Formato de Compatibilidad y Liberación de Hemocomponentes, asimismo estos formatos permitirán mejorar la atención de unidades de sangre frente a las emergencias que sean requeridas porque contienen la información necesaria del paciente;

Que, mediante el Informe N° 141-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 26 de marzo de 2026, de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, otorga visto bueno al Informe Técnico de VALIDACIÓN Y APROBACIÓN DE FORMATOS DE SOLICITUD DE BANCO DE SANGRE, de acuerdo al Informe N° 014-2026-DIRESA-HRM/05/SVCV-MC, de fecha 26 de marzo de 2026, emitido por la Profesional de Salud de la UGC, quien valida los formatos de solicitud de banco de sangre con el levantamiento de observaciones correspondiente según acta;

Que, mediante Informe N°055-2026-DIRESA-HRM/03-RAC, de fecha 30 de marzo de 2026, Área de Racionalización, informa que existe el respaldo legal para la propuesta de Formatos de Solicitud Transfusional, de

## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de abril de 2026.

Consentimiento Informado del Receptor y de Tipo de Sangre, Compatibilidad y Liberación de Hemocomponentes del Hospital Regional de Moquegua, asimismo emite informe favorable y recomienda derivar a las instancias competentes para su aprobación;

Que, mediante Informe N°420-2026-DIRESA-HRM-03, de fecha 31 de marzo de 2026, jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, recomienda aprobar la propuesta de Formatos de Solicitud Transfusional, de Consentimiento Informado del Receptor y de Tipo de Sangre, Compatibilidad y Liberación de Hemocomponentes del Hospital Regional de Moquegua, y disponer su implementación progresiva, supervisión y monitoreo periódico de su cumplimiento;

Contando con el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y con los vistos buenos de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Planeamiento Estratégico;

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 SOLICITUD TRANSFUSIONAL, DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR Y DE TIPO DE SANGRE, COMPATIBILIDAD Y LIBERACIÓN DE HEMOCOMPONENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", que consta en un (01) folio y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica la implementación, supervisión y monitoreo periódico de su cumplimiento.

**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.E. RONALD J. VARGAS PALACIOS  
CMP. 21861 - RNE 11627  
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

RJVP/DIRECCIÓN  
EOSZ/AAL  
(01) DIRECCION GENERAL  
(01) O. ADMINISTRACION  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) U. CALIDAD  
(01) DPTO. PATOLOGÍA  
(01) BANCO DE SANGRE  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR**

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)  
EG05 - FR04

Yo, \_\_\_\_\_ concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

RECEPTOR O  
APODERADO: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_

Huella digital



FIRMA

Firma y sello del médico solicitante

**TIPO DE SANGRE, COMPATIBILIDAD Y LIBERACION DE HEMOCOMPONENTES**

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)  
EG05 - FR20

GRUPO SANGUINEO RECEPTOR: \_\_\_\_\_

Exámenes efectuados:

Anti VIH I/II: \_\_\_\_\_ Sífilis: \_\_\_\_\_ Anti HTLV I/II: \_\_\_\_\_ Anti Chagas: \_\_\_\_\_  
HBsAg: \_\_\_\_\_ Anti-core VHB: \_\_\_\_\_ Anti VHC: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Verifico resultados no reactivo de exámenes y correspondencia de unidad para el paciente

N°	UNIDAD	HEMOCOMPONENTE	SELLO DE CALIDAD	METODO	RESULTADO	RESPONSABLE

Muestra de sangre del paciente, obtenida por:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PERSONAL QUE RECEPCIONA EL HEMOCOMPONENTE:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD TRANSFUSIONAL**

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR10

FECHA:

**DATOS PERSONALES:**

Nombres y Apellidos:		Historia Clínica:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Grupo Sanguíneo:	RH:
F.N.: ___/___/___	DNI: _____	Edad:	N° de cuenta:
Tipo de seguro: SIS <input type="checkbox"/>	Convenio: _____	Particular <input type="checkbox"/>	Religión:
Servicio:	Sala:	N° cama:	
Transfusiones previas: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
Reacciones Transfusionales anteriores: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
Embarazos previos:	Abortos:	Incompatibilidad Materno Fetal:	
Diagnóstico de Enfermedad:			

Hb..... g/dl                      Hto.....%

Plaquetas...../mm<sup>3</sup>

**REQUERIMIENTO DE HEMOCOMPONENTES:**

Sangre Total:	<input type="text"/>	unidades	Plasma:	<input type="text"/>	unidades
Paquete Globular:	<input type="text"/>	unidades	Plaquetas:	<input type="text"/>	unidades
Plasma Fresco Congelado:	<input type="text"/>	unidades	Unidades Pediátricas:	<input type="text"/>	unidades
Crioprecipitado:	<input type="text"/>	unidades	Otro (especifique):	<input type="text"/>	unidades

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: Gestante  Otros

Puérpera

Requisito: MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA)

URGENTE  PROGRAMADA

*Se autoriza para emitir la unidad sin prueba cruzada.*

*Plazo inmediato*

Firma y Sello del médico que solicita Paquete Globular sin compatibilidad

Firma y sello del Médico Tratante/ Solicitante

(legible)

