



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 23 de Setiembre del 2010.

VISTOS :

El Memorando N° 0504-2010-DG-INCN, de la Dirección General, Informe N° 072-2010-INCN-UO-OEPE, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Memorando N° 033-2010-DIDAEETSNN/INCN del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades del Sistema Nervioso y Neuropediatría del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

CONSIDERANDO :

Que, conforme a lo dispuesto en los Arts. 30°; 31° y 32° del Reglamento de La Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, que tiene como misión lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional, en el desarrollo de la investigación científica e innovación de metodologías, técnicas y normas para su difusión y aprendizaje; así como, la asistencia altamente especializada a los pacientes;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que 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, la citada guía ha sido elaborada de acuerdo a los lineamientos contenidos en las Normas Técnicas N° 022-MINSA/DGSPV.01 Normas Técnicas para la elaboración de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Salud y Privado, aprobada por Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA;

Que, es visión del Instituto ser un centro líder en la investigación y desarrollo de tecnología en las ciencias neurológicas; asimismo, un centro de referencia para la formación y capacitación de profesionales de la especialidad en el ámbito nacional e internacional. Y como tal, debe promover, apoyar y autorizar las investigaciones que se promuevan en el Instituto;

Que, mediante Informe N° 033-2010-INCN-DIDAEETSNN, el Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Trasmisibles del Sistema Nervioso y Neuropediatría, nos remite los formatos de Consentimientos Informados; para su aprobación correspondiente mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 073-2010-INCN-UO-OEPE, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, opina que los mismos guardan formalidad en la elaboración de acuerdo a la Norma Técnica para la Elaboración de los Formatos: Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades del Sistema Nervioso y Neuropediatría; por lo cual recomienda la formalización con el acto Resolutivo a los documentos propuestos por el Departamento de Investigación Docencia y Atención Especializada en Enfermedades del Sistema Nervioso y Neuropediatría; de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica;



Que, los Formatos: Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades del Sistema Nervioso y Neuropediatría, es un documento técnico normativo de gestión, cuya finalidad es de normar la estructura organizativa y el funcionamiento del Departamento; así como servir de base la integración de sus propias funciones y como otros Departamentos de servicios y sirva de guía y orientación a los médicos de Neurólogos, para el cumplimiento de sus actividades en la atención ambulatoria y de hospitalización, siguiendo una metodología uniforme;

Que, existe la necesidad de trazar políticas y estrategias de Salud Pública, dirigidas a la población, teniendo en cuenta el creciente aumento de afectados, con la finalidad de generar datos sobre los mecanismos patogénicos y así desarrollar medios de intervención terapéutica, para coadyuvar al diagnóstico clínico y evaluación integral con pacientes de patología Neurológica;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 701-2004/MINSA, se delega facultades y atribuciones a los titulares de los Institutos Especializados; y que, es atribución y responsabilidad del Director General expedir resoluciones de los asuntos de su competencia; y,

Estando a lo propuesto por el Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Trasmisibles del Sistema Nervioso y Neuropediatría; y

Con la opinión favorable del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica; y,

Con el Visto Bueno de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar los FORMATOS: "CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ENFERMEDADES TRASMISIBLES DEL SISTEMA NERVIOSO Y NEUROPEDIATRIA", en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas la misma que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- El Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Trasmisibles del Sistema Nervioso y Neuropediatría, es responsable de la difusión, implementación, aplicación y supervisión del cumplimiento del mencionado Consentimiento Informado, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Artículo Tercero.- La Oficina de Comunicaciones, publicará los Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Trasmisibles del Sistema Nervioso y Neuropediatría en la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

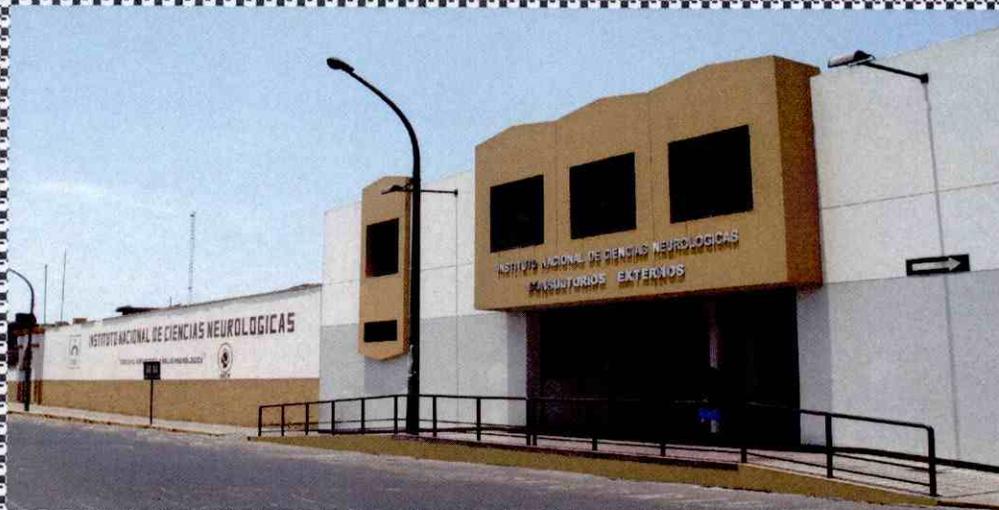
Regístrese y comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
DR. JORGE E. MEDINA RUBIO
DIRECTOR GENERAL



Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS



CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA
EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL SISTEMA NERVIOSO Y NEURO
PEDIATRÍA
SERVICIO DE NEURO PEDIATRÍA



LIMA - PERU
2010

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 2
Versión : 1.0	Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Transmisibles del Sistema Nervioso y Neuro pediatría – Servicio de Neuro Pediatría		

La necropsia (autopsia) es el último estudio que se puede realizar en un paciente, para tener la certeza diagnóstica de su enfermedad. El resultado permite a la familia tomar importantes precauciones en caso de deceso por una enfermedad contagiosa o hereditaria, por lo cual es altamente recomendada.

El procedimiento es rápido y gratuito en nuestra Institución. Para realizarla necesita obligatoriamente la autorización firmada del familiar más cercano.

AUTORIZACIÓN DE NECROPSIA

Fecha: / / .

Yo identificado (a) con DNI (CE, Pasaporte)N°....., Padre o Apoderado del paciente.....fallecido el día..... a horas, he sido informado(a) por el Dr. (a)., de la conveniencia de autorizar se realice la necropsia total o parcial por ser necesario para el diagnóstico definitivo.

.....
Firma del Padre o Apoderado
DNI:

.....
Firma del profesional
DNI:

.....
Firma de un testigo.
DNI:



 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 3
Versión : 1.0	Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Transmisibles del Sistema Nervioso y Neuro pediatría – Servicio de Neuro Pediatría		

PUNCION LUMBAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: / /

Yo:(Padre, Madre o apoderado del paciente) identificado (a) con DNI (CE, Pasaporte) N°, he sido informado(a) por el Dr. (a) a cerca de la enfermedad de mi hijo(a)Y de la necesidades de realizar una punción lumbar.

El procedimiento consiste en obtener un muestra de LCR de canal vertebral a través de una punción lumbar que la realizara un médico del Servicio, teniendo en cuenta la limpieza previa de la zona de punción, la inserción de una aguja de punción lumbar estéril, usando guantes y frascos estériles para la toma de muestra la cual será enviada a los laboratorios para los estudios correspondientes

He sido informado(a) de los riesgos, ventajas, beneficios y las consecuencias de no realizarse el procedimiento. Hice las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficiente y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente, voluntaria y teniendo pleno conocimiento de las posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto, **OTORGO EL CONSENTIMIENTO** para la realización de **PUNCION LUMBAR** las veces que sean necesarios



.....
Firma del Padre o Apoderado legal
DNI:

.....
Firma del profesional
DNI:



.....
Firma de un testigo.
DNI:



 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 4
Versión : 1.0	Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Transmisibles del Sistema Nervioso y Neuro pediatría – Servicio de Neuro Pediatría		

REGISTRO FOTOGRAFICO Y/O FILMACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: / / .

Yo (Padre o Apoderado) identificado (a) con DNI (CE, Pasaporte) N°, he sido informado(a) por el Dr. (a) a cerca de la enfermedad de mi hijo(a):.....

Padece de:

Por tal motivo y mediante el presente documento **AUTORIZO** a los médicos de la Sala Inmaculada del INCN a fotografiar los estudios de Imágenes y/o ser filmado (a) con finalidad científica, a título gratuito y para que las imágenes puedan eventualmente ser difundidas exclusivamente en conferencias o revistas medicas.



.....
Firma del Padre o Apoderado legal
DNI:



.....
Firma del profesional
DNI:



.....
Firma de un testigo.
DNI:



 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 5
Versión : 1.0	Consentimientos Informados del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Transmisibles del Sistema Nervioso y Neuro pediatría – Servicio de Neuro Pediatría		

**ALTA VOLUNTARIA
EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.**

Fecha: / / .

Yo (Padre, Madre o Apoderado), (del paciente) identificado (a) con DNI (CE, Pasaporte) N°....., he sido informado(a) por el Dr. (a), de la enfermedad, de los riesgos y consecuencias de no continuar hospitalizado, he realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas con respuestas suficientes y claras.

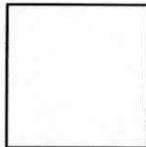
Pese a ello y las explicaciones de los médicos tratantes, teniendo pleno conocimiento de los riesgos y complicaciones que se desprenden al solicitar en forma consiente el **ALTA VOLUNTARIA**, por lo que: **EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD MÉDICO LEGAL**, que se desprende del **Alta Voluntaria**, a los médicos del Servicio de Neuro pediatría del INCN, por lo que firmo (huella digital) dejando constancia de ello en presencia de un testigo.



.....
Firma del Padre o Apoderado legal
DNI:



.....
Firma del profesional
DNI:



.....
Firma de un testigo.
DNI:

