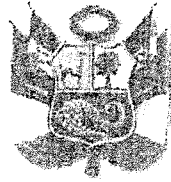


REPÚBLICA DEL PERÚ



**RESOLUCION JEFATURAL**

Surquillo, 07 de DICIEMBRE de 2020

**VISTOS:**

El Informe N° 029-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 131-2020-DE-DICON/INEN del Departamento de Educación, el Memorando N° 01-2019-CHC-INEN, del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y el Informe N° 0847-2020-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

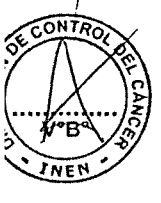
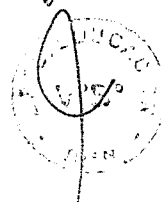
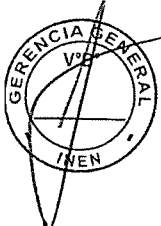
**CONSIDERANDO:**

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF - INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

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", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos:(...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente.

Que, mediante el Memorando N° 01-2019-CHC-INEN, el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INEN requiere al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, revisar y actualizar los formatos de consentimientos informados, por corresponder;





Que, mediante Informe N° 029-2020- SGC-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, traslada el Memorando N° 131-2020-DE-DICON/INEN del Departamento de Educación, con el cual se emite opinión favorable al formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud, de acuerdo a la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA para su validación, y aprobación respectiva mediante Resolución Jefatural;



Que, de la revisión efectuada al formato denominado consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);



Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Control del Cáncer, del Departamento de Educación, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Presidente del Comité de Historia Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

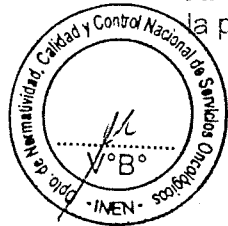
En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia Durante la Atención de Salud, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones la difusión de la presente resolución, así como su publicación en la página web Institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



*Eduardo Payet Meza*

Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Señor (a) le saludamos cordialmente; usted viene al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas donde recibirá atenciones sanitarias por parte de un profesional médico y/o de las ciencias de la salud, que a la vez es docente; el cual se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes como parte de su formación académica solo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que a amparo de la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremos N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N°29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ..... de ..... del 20.... Hora:.....

Yo,..... con DNI N° ..... e Historia Clínica N°....., declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N°119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Sí ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma de fotografía u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

SI consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )
NO consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

Form box for patient signature and DNI.

Form box for professional signature and DNI.

REVOCATORIA/DES AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha ..... de ..... del 20....

Form box for patient signature and DNI in revocation section.

Form box for professional signature and DNI in revocation section.

