

REPÚBLICA DEL PERÚ

**RESOLUCIÓN JEFATURAL**Surquillo, 30 de DICIEMBRE del 2022**VISTOS:**

El Memorando N° 000526-2022-DARC-DICIR/INEN, el Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico, Informe N° 000842-2022-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Memorando N° 000018-2022-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001940-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

**CONSIDERANDO:**

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

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba 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, con Memorando N° 000526-2022-DARC-DICIR/INEN, el Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, la versión final de los Formatos de: i) Consentimiento Informado para Anestesia General, ii) Consentimiento Informado para Anestesia Regional, iii) Consentimiento Informado para Anestesia Troncular o Bloqueo Nervioso y iv) Consentimiento Informado para Sedación, para su revisión, el cual de acuerdo al Informe N° 000842-2022-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;



Que, con el Memorando N° 000018-2022-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 17 de noviembre del año en curso, acordó, aprobar los formatos de consentimiento informado antes mencionados;



Que, de la revisión efectuada a los formatos de: i) Consentimiento Informado para Anestesia General, ii) Consentimiento Informado para Anestesia Regional, iii) Consentimiento Informado para Anestesia Troncular o Bloqueo Nervioso y iv) Consentimiento Informado para Sedación, 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, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

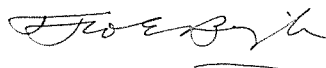
Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección General de Cirugía; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

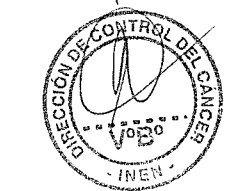
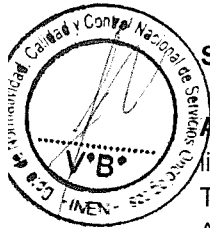
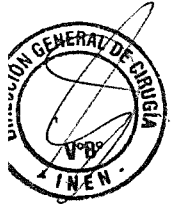
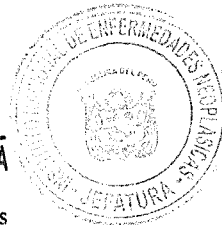
**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar los formatos de: i) Consentimiento Informado para Anestesia General, ii) Consentimiento Informado para Anestesia Regional, iii) Consentimiento Informado para Anestesia Troncular o Bloqueo Nervioso y iv) Consentimiento Informado para Sedación, del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico, de la Dirección de Cirugía, los mismos que en anexo forman parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano ([www.gob.pe](http://www.gob.pe)), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ([www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.**

  
-----  
**MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA**  
Jefe Institucional  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA REGIONAL**

(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")

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

**Información del Procedimiento:**

La Anestesia regional consiste en la administración de medicamentos en el espacio raquídeo o epidural combinado fármacos: anestésicos locales, opioides, entre otros; que llevan a la pérdida de la sensibilidad dolorosa y motora en el hemicuerpo inferior durante la cirugía.

El Anestesiólogo se encargará de la dosificación de fármacos, monitoreo de las funciones vitales, y manejo de complicaciones si se requiriera durante la cirugía.

**Objetivo y Finalidad:**

Realizar la intervención quirúrgica o procedimiento en el paciente al producir insensibilidad en la zona a intervenir permitiendo que se realice sin sentir dolor.

**Alternativas:**

Anestesia general, en algunas condiciones clínicas que amerite el paciente y/o procedimientos

**Ventajas de realizar el procedimiento:**

La cirugía se podrá realizar y sin sentir dolor.

**Consecuencias de NO realizar el procedimiento:**

La cirugía no se podrá realizar debido al dolor intenso que sufrirá el paciente.

**Riesgos reales y potenciales:**

- **Riesgos Reales :** Se relacionan con la condición clínica al momento de la cirugía, tal como: diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, desnutrición, hipoalbuminemia, apnea obstructiva del sueño, convulsiones, accidente cerebro vascular, cardiopatía, inmunodepresión, Tabaquismo, Alcohol, uso de algunos medicamentos por ej. (aspirina o anticoagulantes), alergia a medicamentos, embarazo, lactancia (los últimos deben ser informados antes de la anestesia); o debidos a su condición oncológica.
- **Riesgos Potenciales:** Están relacionados con el procedimiento como punción advertida o inadvertida de la duramadre pudiendo ocasionar cefalea, dolor lumbar, hematomas, infecciones, meningitis
- **Riesgos inherentes a la condición clínica aguda del paciente:** Sepsis, shock hipovolémico, disfunción multiorgánica que podrían condicionar: broncoespasmo, hipoxemia, deterioro neurológico, paro cardio-respiratorio, muerte.

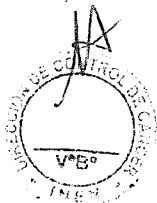
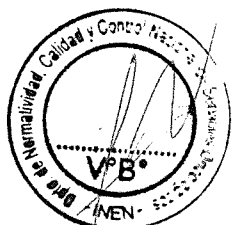
**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

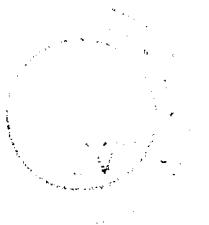
Se administran diferentes fármacos anestésicos por vía espinal o epidural durante el perioperatorio, estos fármacos pueden ocasionar:

- Apnea: falta de movimientos respiratorios (parálisis respiratoria)
- Disminución de la presión arterial
- Síntomas neurológicos transitorios o definitivos: paroplejía, déficit sensitivo.
- Alteración en la recuperación de la función cognitiva y psicomotora.
- Reacción alérgica a alguna de los fármacos o sustancias empleadas.
- Isquemia o Infarto de Miocardio en pacientes con predisposición.
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Vejiga neurogénica: pérdida del control de la vejiga.
- Paro cardiorrespiratorio, muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:** Si luego de la cirugía usted presenta, hipotensión, hipertensión, alza térmica, taquicardia o cualquier signo de alarma acuda por emergencia hospitalaria del INEN u otro.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ANESTESIA REGIONAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos sobre mi estado de salud o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente-.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy consentimiento para que se realice el procedimiento indicado.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ANESTESIA REGIONAL

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA TRONCULAR O BLOQUEO NERVIOSO

(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")

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### Información del Procedimiento:

Consiste en inyectar anestésico local alrededor de un nervio para dejar anestesiada una parte del cuerpo. Los nervios periféricos son las terminaciones del sistema nervioso y suelen estar muy superficiales (cercanos a la piel). Se utiliza generalmente para realizar la cirugía o para manejo del dolor postoperatorio a través de un estimulador eléctrico (que produce pequeños calambres) o una ecografía para localizar exactamente el lugar del bloqueo. A veces, es necesario varias punciones para lograr un resultado bueno y duradero, logrando así el adormecimiento del área trabajada, pérdida de la sensibilidad e incluso movimiento. El Anestesiólogo se encargará de la dosificación de fármacos, monitoreo de las funciones vitales, transfusiones y manejo de complicaciones si se requiriera durante la cirugía.

### Objetivo:

Realizar la intervención quirúrgica o procedimiento en el paciente sin sentir dolor y proporcionar un adecuado control del mismo después de finalizado el procedimiento.

### Alternativas:

Anestesia general y/o regional, según la condición clínica del paciente y /o procedimiento a realizar

### Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:

La cirugía se podrá realizar mientras el paciente este despierto o dormido y sin sentir dolor, luego de la cirugía el paciente puede presentar algunas molestias como: náuseas, vómitos, delirium, etc.

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

La cirugía no se podrá realizar debido al dolor intenso que sufrirá el paciente.

### Riesgos reales y potenciales:

- **Riesgos reales:** Se relacionan con la condición clínica al momento de la cirugía, tal como: diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, desnutrición, hipoalbuminemia, apnea obstructiva del sueño, convulsiones, accidente cerebro vascular, cardiopatía, inmunodepresión, tabaquismo, alcohol, uso de algunos medicamentos por ej. (aspirina o anticoagulantes), alergia a medicamentos, embarazo, lactancia (los últimos deben ser informados antes de la anestesia); o debidos a su condición oncológica.
- **Riesgos potenciales:** Están relacionados directamente con el procedimiento tales como: infección y/o hematoma (moretón) en el sitio de punción, reacciones alérgicas o anafilácticas, toxicidad por anestésicos locales; es poco frecuente, pero al momento de acceder al punto en concreto, los medicamentos administrados pueden pasar rápidamente a los vasos sanguíneos, produciendo complicaciones graves, como bajada de tensión, convulsiones, etc., síndrome de Horner, parada cardíaca imprevista ocasionando la muerte, coma o daño cerebral irreversible en pacientes sanos y/o con un mayor riesgo en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada y anafilaxia, síntomas neurológicos transitorios o definitivos a nivel sensitivo y/o motor, neumotórax, posibilidad de usar anestesia general y/o regional si el bloqueo falla o el procedimiento toma mas tiempo que el efecto del bloqueo, lesiones permanentes o definitivas de los nervios periféricos como consecuencia de las posiciones requeridas en cada cirugía, entre otras y ocasionalmente la muerte.
- **Riesgos inherentes a la condición clínica aguda del paciente:** Sepsis, shock hipovolémico, disfunción multiorgánica que podrían condicionar: broncoespasmo, hipoxemia, deterioro neurológico, paro cardio-respiratorio, muerte.

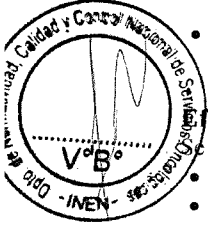
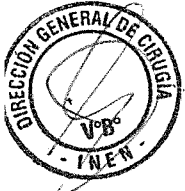
### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Se administran fármacos anestésicos en los bloqueos y estos fármacos pueden ocasionar:

- Disminución de la presión arterial
- Síntomas neurológicos transitorios o definitivos: paraplejia, déficit sensitivo.
- Alteración en la recuperación de la función cognitiva y psicomotora.
- Reacción alérgica a alguna de los fármacos o sustancias empleadas.
- Isquemia o Infarto de Miocardio en pacientes con predisposición.
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Vejiga neurogénica: pérdida del control de la vejiga.
- Paro cardiorrespiratorio, muerte.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:** Si luego de la cirugía usted presenta, hipotensión, hipertensión, alza térmica, taquicardia o cualquier signo de alarma acuda por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ANESTESIA TRONCULAR O BLOQUEO NERVIOSO

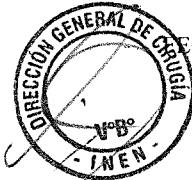
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos sobre mi estado de salud o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente-.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy consentimiento para que se realice el procedimiento indicado.



FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

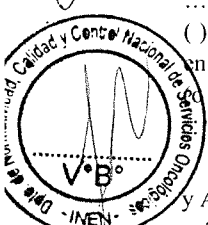
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ANESTESIA TRONCULAR O BLOQUEO NERVIOSO

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACION

(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")

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

#### Información del Procedimiento:

La sedación consiste en la combinación de fármacos que llevan a un estado de tranquilidad, relajación y confort, similar al sueño durante la cirugía o procedimiento, a través del cual no se sentirá dolor

La administración de fármacos se realiza por vía endovenosa o gases inhalados, a través de una máscara de anestesia, cánula binasal o máscara de oxígeno proporcionando una oxigenación adecuada y asegurando una vía aérea permeable hasta finalizar el procedimiento. El Anestesiólogo se encargará de la dosificación de fármacos, monitoreo de las funciones vitales, transfusiones y manejo de complicaciones si se requiriera durante la cirugía o procedimiento.

#### Objetivo:

Realizar el procedimiento en el paciente en un estado de relajación y sin sentir dolor.

#### Alternativas:

Anestesia general, anestesia regional o bloqueo; según la condición clínica del paciente y/o procedimiento.

#### Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:

La cirugía o el procedimiento se podrá realizar mientras el paciente este dormido y sin sentir dolor, luego de la cirugía el paciente puede presentar algunas molestias como: náuseas, vómitos, delirium.

#### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

La cirugía o el procedimiento no se podrá realizar debido al dolor intenso que sufrirá el paciente.

#### Riesgos reales y potenciales:

**Riesgos reales:** Se relacionan con la condición clínica al momento de la cirugía, tal como: diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, desnutrición, hipoalbuminemia, apnea obstructiva del sueño, convulsiones, accidente cerebro vascular, cardiopatía, inmunodepresión, Tabaquismo, Alcohol, uso de algunos medicamentos por ej. (aspirina o anticoagulantes), alergia a medicamentos, embarazo, lactancia (los últimos deben ser informados antes de la anestesia); o debidos a su condición oncológica.

- **Riesgos potenciales:** Están relacionados con el procedimiento como dificultad para ventilar, alteración de las funciones vitales, riesgo de aspiración que es el paso del contenido gástrico a la vía aérea por no guardar un ayuno adecuado, perforación de venas periféricas al buscar el acceso venoso, reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, lesiones permanentes o definitivas de los nervios periféricos como consecuencia de las posiciones requeridas en cada cirugía, entre otras.
- **Riesgos inherentes a la condición clínica aguda del paciente:** Sepsis, shock hipovolémico, disfunción multiorgánica que podrían condicionar: broncoespasmo, hipoxemia, deterioro neurológico, paro cardio-respiratorio, muerte.

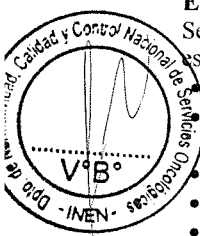
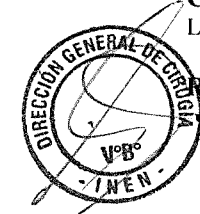
#### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Se administran diferentes fármacos anestésicos por vía endovenosa o inhalatoria durante el periooperatorio, de acuerdo con su estado, estos fármacos pueden ocasionar:

- Hipotensión.
- Hipoventilación: Disminución de la cantidad de aire que entra a los pulmones, con baja en la concentración de oxígeno en sangre.
- Alteraciones neurológicas: alucinaciones, convulsiones.
- Alteración en la recuperación de la función cognitiva y psicomotora.
- Reacción alérgica a alguna de los fármacos o sustancias empleadas.
- Isquemia o Infarto de Miocardio en pacientes con predisposición.
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Paro cardiorrespiratorio, muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:** Si luego de la cirugía usted presenta, hipotensión, hipertensión, alza térmica, taquicardia o cualquier signo de alarma acuda por emergencia hospitalaria del INEN u otro.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

SEDACIÓN

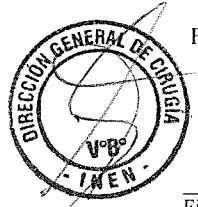
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos sobre mi estado de salud o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente-.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.



Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy consentimiento para que se realice el procedimiento indicado.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

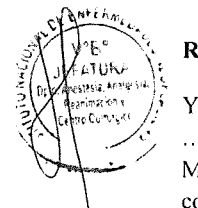


Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

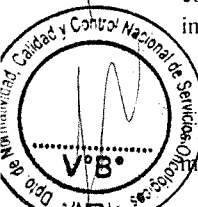
Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:



SEDACIÓN

ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

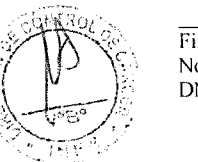


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA GENERAL**

(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")

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

**Información del Procedimiento:**

La Anestesia general consiste en la combinación de fármacos que llevan a un estado similar al sueño o inconsciencia en la cirugía, durante la cual no se sentirá dolor. La administración de fármacos se realiza por vía endovenosa o gases inhalados, a través de un tubo endotraqueal o máscara laríngea, con el apoyo en la respiración con un ventilador mecánico asegurando una vía aérea permeable y oxigenación adecuada, los que serán retirados al finalizar la cirugía y cumplir los parámetros de extubación. El Anestesiólogo se encargará de la dosificación de fármacos, monitoreo de las funciones vitales, transfusiones y manejo de complicaciones si se requiriera durante la cirugía.

**Objetivo:**

Realizar la intervención quirúrgica o procedimiento en el paciente en un estado de inconciencia y sin sentir dolor.

**Alternativas:**

Anestesia regional, según la condición clínica del paciente y/o procedimiento.

**Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:**

La cirugía se podrá realizar mientras el paciente este dormido y sin sentir dolor, luego de la cirugía el paciente puede presentar algunas molestias como: náuseas, vómitos, dolor de garganta, disfonía, delirium.

**Consecuencias de NO realizar el procedimiento:**

La cirugía no se podrá realizar debido al dolor intenso que sufrirá el paciente.

**Riesgos reales y potenciales:**

- **Riesgos reales:** Se relacionan con la condición clínica al momento de la cirugía, tal como: diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, desnutrición, hipoalbuminemia, apnea obstructiva del sueño, convulsiones, accidente cerebro vascular, cardiopatía, inmunodepresión, Tabaquismo, Alcohol, uso de algunos medicamentos por ej. (aspirina o anticoagulantes), alergia a medicamentos, embarazo, lactancia (los últimos deben ser informados antes de la anestesia); o debidos a su condición oncológica.
- **Riesgos potenciales:** Están relacionados con el procedimiento como dificultad para ventilar, dificultad para colocar el tubo endotraqueal o máscara laríngea antes mencionados, alteración de las funciones vitales, riesgo de aspiración que es el paso del contenido gástrico a la vía aérea por no guardar un ayuno adecuado, perforación de venas periféricas al buscar el acceso venoso, laceración en piel sensible al fijar algunos materiales, reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, lesión de cuerdas vocales (disfonía), lesión de piezas dentarias, lesiones permanentes o definitivas de los nervios periféricos como consecuencia de las posiciones requeridas en cada cirugía, entre otras.
- **Riesgos inherentes a la condición clínica aguda del paciente:** Sepsis, shock hipovolémico, disfunción multiorgánica que podrían condicionar: broncoespasmo, hipoxemia, deterioro neurológico, paro cardio-respiratorio, muerte.

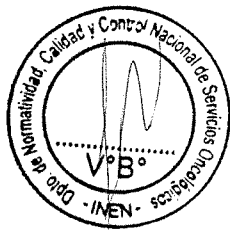
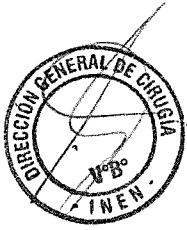
**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

Se administran diferentes fármacos anestésicos por vía endovenosa o inhalatoria durante el perioperatorio, de acuerdo con su estado, estos fármacos pueden ocasionar:

- Hipertensión o Hipotensión.
- Hipoventilación: Disminución de la cantidad de aire que entra a los pulmones, con baja en la concentración de oxígeno en sangre.
- Alteraciones neurológicas: alucinaciones, convulsiones.
- Alteración en la recuperación de la función cognitiva y psicomotora.
- Reacción alérgica a alguna de los fármacos o sustancias empleadas.
- Isquemia o Infarto de Miocardio en pacientes con predisposición.
- Falla renal por eventos intraoperatorios.
- Hipertermia maligna: Síndrome que afecta a pacientes con predisposición genética sometidos a anestesia general; se caracteriza por elevación de la temperatura corporal, signos de metabolismo incrementado y rigidez muscular. Alta mortalidad.
- Paro cardiorrespiratorio, muerte.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:** Si luego de la cirugía usted presenta, hipotensión, hipertensión, alza térmica, taquicardia o cualquier signo de alarma acuda por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ANESTESIA GENERAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos sobre mi estado de salud o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente-.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.



Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy consentimiento para que se realice el procedimiento indicado.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



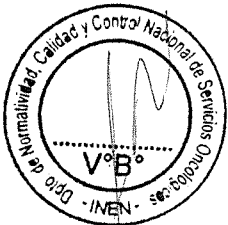
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

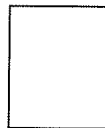
ANESTESIA GENERAL

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

