

Resolución Directoral

Lima, 30 de Julio del 2024

VISTOS:

La Nota Informativa N° 02-2024-CHC-DG/INO, Nota Informativa N° 068-2024-DAEOPED-DEAEO/INO, Informe N° 107-2024-OAJ/INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 001-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección General de Operaciones en Salud;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, establece respecto al Consentimiento Informado, que el mismo se otorga de manera libre, voluntario y sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, y cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el artículo 29° de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", Norma Técnica de Salud que regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, teniendo como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPRESS del Sector Salud;

Que, en el numeral 4.1 de la Norma Técnica de Salud antes mencionada, señala que el Comité institucional de Historia Clínica: "Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa designados por la dirección y jefatura de la IPRESS o red de salud/red integrada de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad de registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones de implementación en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;



Que, asimismo, el sub numeral 4.2.12 del numeral 4.2 de las Historias Clínicas, de la acotada norma, señala que son funciones del Comité Institucional de Historias Clínicas, entre otras: "Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefaturas de las IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica";

Que, mediante Resolución Directoral N° 169-2022-INO-D, se reconfirmó el Comité de Historias Clínicas, el cual es responsable de la Gestión de Historias Clínicas, así como también, responsable de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos en el Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos";

Que, mediante Nota Informativa N° 068-2024-DAEOPE-DEAEO/INO, la Jefa del Departamento de Atención Especializada en Oftalmología Pediátrica y Estrabología, remite al Comité de Historias Clínicas, los consentimientos informados con las observaciones corregidas por el Departamento a su cargo, solicitando su revisión para proceder con la aprobación de los mismos, mediante acto resolutivo;

Que, a través de la Nota Informativa N° 02-2024-CHC-DG/INO de fecha 5 de julio de 2024, el Presidente del Comité de Historias Clínicas, comunica al Director General que, en reunión ordinaria, el Comité de Historias Clínicas, mediante Acta N° 03-2024, se aprobó los consentimientos informados del Departamento de Atención Especializada en Oftalmología Pediátrica y Estrobología: a) Consentimiento Informado de cirugía de estrabismo; b) Consentimiento Informado de la cirugía de catarata congénita o infantil;

Que, mediante Informe N° 107-2024-OAJ/INO, la Oficina de Asesoría Jurídica, emite opinión favorable, respecto a la aprobación de los dos formatos de consentimiento informado elaborado por el Departamento de Atención Especializada en Oftalmología Pediátrica y Estrobología del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos";

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario declarar su aprobación mediante acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA y modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA; Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR los Formatos de "Consentimiento informado para cirugía de Estrabismo" y "Consentimiento informado de la Cirugía de catarata congénita o infantil" del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos, por las consideraciones expuestas, el cual forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- Encargar al Comité de Historias Clínicas de la Institución y al Departamento de Atención Especializada en Oftalmología Pediátrica y Estrobología de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, la ejecución, supervisión y socialización del uso de los formatos.

Resolución Directoral

Lima, 30 de Julio del 2024

Artículo 3º.- DISPONER que el área de Tramite Documentario, proceda a notificar la presente Resolución Directoral a los a los órganos o unidades orgánicas competentes, para conocimiento y cumplimiento.

Artículo 4º.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" www.ino.gob.pe

Regístrese, comuníquese y publíquese.


M.O. FELIX ANTONIO TORRES COTRINA
Director de Instituto Especializado
CMP. 38356 RNE. 17309

FATC/VEA/AMTV/SQV.

Distribución:

- () Dirección General
- () DEAE0
- () DAE0PE
- () OAJ
- () OEI
- () Archivo





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE ESTRABISMO

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos del paciente: Edad:
 Historia clínica N°: Diagnóstico: CIE-10
 Fecha: Hora:

II. NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO (CPT)

- Recesión o resección: un músculo horizontal (CPT: 67311)
- Recesión o resección: dos músculos horizontales (CPT: 67312)
- Recesión o resección: dos o más músculos horizontales (CPT: 67312.01)
- Recesión o resección: un músculo vertical (excluyendo los oblicuos) (CPT: 67314)
- Recesión o resección: dos o más músculos verticales (excluyendo los oblicuos) (CPT: 67316)
- Cualquier procedimiento: un músculo oblicuo superior o inferior (CPT: 67318)
- Cualquier procedimiento: dos o más músculos oblicuos superior o inferior (CPT: 67318.01)
- Cualquier procedimiento: un músculo recto y un músculo oblicuo (CPT: 67319)
- Cualquier procedimiento: dos o más músculos rectos y oblicuos (CPT: 67319.01)
- Procedimiento de transposición (para músculos paréticos o con parálisis) (CPT: 67320)
- Cirugía para estrabismo en paciente con cirugía de ojo previa o lesión que no comprometió a los músculos extraoculares (CPT: 67331)
- Cualquier procedimiento para paciente con cicatrización de músculos extraoculares por cirugía previa (estrabismo, retina, etc) o miopatía restrictiva (oftalmopatía distiroidea) (CPT: 67332)
- Técnica de fijación posterior con sutura (CPT: 67334)
- Colocación de sutura(s) ajustable(s), incluye ajuste(s) postoperatorio (CPT: 67335)
- Exploración y/o corrección de músculo(s) extraocular(es) desprendido(s) (CPT: 67340)
- Liberación de tejido cicatrizal extenso sin desprendimiento de músculo extraocular (CPT: 67343)
- Quimiodenervación de músculo extraocular con toxina botulínica (CPT: 67345)

III. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO

En la cirugía de estrabismo se realiza lo siguiente:

1. Se administra anestesia general (en el caso de niños(as), personas con problemas neurológicos, no colaboradora, cirugía en ambos ojos, etc), sedoanalgesia o peribulbar.
2. Apertura de la conjuntiva sobre el músculo a operar.
3. Ubicar y aislar el músculo a operar.
4. Realizar el procedimiento seleccionado (recesión, resección, transposición, etc) en el músculo.
5. Cierre de la conjuntiva.

Estos pasos se repiten en el caso de cirugía de dos o más músculos.



IV. POSIBLES RIESGOS

En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Muchas complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía, con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar, aunque esto es extremadamente infrecuente, un deterioro definitivo de la visión. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

Las complicaciones más frecuentes de la cirugía de estrabismo son:

Complicaciones intraoperatorias:

- Pérdida del músculo operado que puede requerir una nueva cirugía.
- Perforaciones accidentales del globo ocular durante la sutura.
- Hemorragias.

Complicaciones postoperatorias:

- Hipo o hipercorrección del estrabismo (según el grado de desviación puede requerir una nueva cirugía).
- Infección de la herida que se debe tratar con antibióticos.
- Visión doble (generalmente pasajero)
- Alergia a la sutura utilizada.
- Quistes o cicatrices conjuntivales.
- Pérdida del músculo operado (puede requerir nueva cirugía).
- Deslizamiento del músculo operado (puede requerir nueva cirugía).
- Perforación accidental del ojo.
- Endoftalmitis (infección de todo el globo ocular, que se tratará con antibióticos y de ser necesario cirugía).
- Pérdida de la visión.

Complicaciones producto de la anestesia local:

- Perforación del globo ocular.
- Interferencia con la circulación de la retina.
- Caída del párpado.
- Depresión respiratoria.
- Hipotensión.
- Hemorragia orbitaria.
- Daño del Nervio óptico.

V. EFECTOS COLATERALES, EFECTOS SECUNDARIOS Y EFECTOS ADVERSOS

- Luego de la cirugía se presenta una inflamación que generalmente se acompaña con dolor, pero si este dolor es muy intenso se debe consultar inmediatamente con el cirujano.
- Otros signos de alarma son: disminución de la visión, párpados inflamados y ojo muy rojo o con secreción. Aún con las más estrictas medidas de seguridad (asepsia) puede ocurrir una infección ocular postoperatoria, originado en casi la totalidad de los casos por gérmenes que se encuentran habitualmente en la piel de los párpados y en la superficie del ojo del paciente. Es una complicación imposible de prevenir totalmente.



VI. BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO

El beneficio que se espera conseguir con esta cirugía es el alineamiento de los ojos, corregir posturas anómalas de cabeza, reducir la diplopia, disminuir la fatiga visual, mejorar la estereopsis (visión en 3D, a veces), el aspecto cosmético y la autoestima.

En ocasiones es necesario más de una intervención quirúrgica para obtener un resultado satisfactorio.

VII. PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

- a. La recomendación luego de la cirugía es seguir estrictamente las indicaciones dadas por su cirujano (medicación tópica y analgésicos vía oral), así como las medidas higiénicas evitando estar cerca de posibles contaminantes ambientales.
- b. A partir de la segunda semana de operado pudiera requerir el retiro de suturas.
- c. Debe acudir a sus controles postoperatorios en las fechas indicadas.

VIII. PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y RECOMENDACIONES

El porcentaje de efectividad de esta cirugía es alto, pero sus buenos resultados dependerán del tipo de estrabismo, origen, causa, tamaño de desviación, tiempo de enfermedad y edad en la que se realiza la cirugía.

IX. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN Y RECEPCIÓN DE FORMULARIO

En la fecha....., he recibido de mi oftalmólogo, el médico con **CMP N°.....** y **RNE N°.....** el presente formulario conteniendo información sobre el tratamiento y/o procedimiento que se me ha propuesto y sus riesgos, además de haber recibido verbalmente la información necesaria. Así mismo he leído el contenido del presente formulario y mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado. También he sido informado de que mis datos personales y la autorización del consentimiento informado serán protegidos e incluidos en mi historia clínica, respetando mis derechos establecidos en la Ley N° 29414 y su reglamento aprobado por D.S. N° 027-2015-SA y Ley N° 29733 y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 003-2013-JUS.

X. CONSENTIMIENTO

En forma libre, voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y habiendo sido informado (a) debidamente sobre mi tratamiento y/o procedimiento al que seré sometido(a), **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice..... para lo cual firmo el presente consentimiento informado.

Lima, _____ de _____ del 20_____

Firma del Paciente

Nombre:

DNI/CE*/Pasaporte:

Huella Digital:

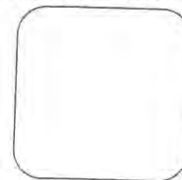


Firma del Tutor o Representante

Nombre:

DNI/CE*/Pasaporte

Huella Digital:



Firma y Sello del Médico Tratante

CMP:

RNE:



XI. CONSENTIMIENTO DE USO DE IMÁGENES, FOTOGRAFÍAS Y/O VIDEOS

Las fotos y filmaciones son comúnmente realizadas en cada uno de nuestros pacientes tanto en los momentos preoperatorios, intraoperatorios, como en el postoperatorio. Mediante el presente documento el paciente SI () NO () autoriza el uso y difusión de estas imágenes con fines de publicación médica científica (cursos, congresos, publicaciones escritas, etc.) guardando el anonimato del paciente en cada caso. (Marcar con un aspa o encerrar con un círculo la opción elegida).

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Firma del Paciente

Nombre y Apellido:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma del Tutor o Representante

Nombre y Apellido:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma y Sello del Médico Tratante

CMP: RNE:

XII. REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Después de ser informado(a) de la naturaleza y riesgos del tratamiento propuesto, manifiesto de forma libre, voluntaria y consciente **MI DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** para que se me realice el, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta situación.

Firma del Paciente

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma del Tutor o Representante

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Lima, _____ de _____ del 20 _____

*CE: Carnet de Extranjería





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA CIRUGÍA DE CATARATA CONGÉNITA O INFANTIL

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos del paciente: Edad:
Historia clínica N°: Diagnóstico: CIE-10
Fecha: Hora:.....

II. NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO (CPT)

- () Facoemulsificación (CPT: 66850)
- () Facoemulsificación + implante de lente intraocular en niños (CPT: 67000 01)
- () Facoemulsificación + vitrectomía anterior + implante de LIO en niños (CPT: 66850.01)
- () Facoemulsificación en catarata complicada (CPT: 66850.07)
- () Cirugía de incisión pequeña (MININUC) + implante de LIO (CPT: 66993)
- () Extracción extracapsular de catarata (EECC) + implante de LIO (CPT: 66833)
- () Extirpación de catarata membranosa sec. (opacidad de CP y/o hialoides ant) (CPT: 66830.01)

III. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO

El cristalino es el lente natural transparente del ojo que permite el enfoque de las imágenes en la retina. La catarata es la pérdida de transparencia de éste, siendo la principal causa de pérdida de la visión en el mundo.

La catarata congénita (desde el nacimiento) o infantil (se desarrolla en los primeros años de vida) puede causar mala visión, ambliopía (ojo perezoso), estrabismo (desvío de los ojos) y nistagmus (movimiento involuntario de los ojos). Puede ser unilateral o bilateral. De causa diversa: genética, persistencia de la vasculatura fetal, metabólica, traumática, etc.

La cirugía de catarata varía según la técnica a utilizar pero básicamente consiste en:

1. Administrar anestesia general.
2. Realizar una incisión escleral o corneal (el lugar y el tamaño depende de la técnica a utilizar).
3. Remover la cápsula anterior (capsulotomía en abreiatas o circular continua).
4. Extraer el núcleo y corteza del cristalino.
5. Colocar la lente intraocular (LIO).
6. Cierre de la herida con sutura nylon 10/0.

Según la edad del niño y tipo de catarata puede requerir realizar liberación de adherencias, pupiloplastia, capsulotomía posterior y vitrectomía anterior.

IV. POSIBLES RIESGOS

En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Muchas complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía, con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar, aunque esto es extremadamente infrecuente, un deterioro definitivo de la visión. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa. Es posible que la cirugía de catarata no mejore la



visión pues depende de la edad de aparición, tiempo de evolución, presentación uni o bilateral, causa, etc.

Las complicaciones más frecuentes de la cirugía de catarata son:

- a. Rotura de la cápsula posterior.
- b. Afaquia (no colocar la lente intraocular).
- c. Edema y descompensación de la córnea.
- d. Infección (se debe tratar con antibiótico).
- e. Desprendimiento de retina (puede requerir una cirugía)
- f. Extracción parcial de la catarata.
- g. Elevación de la presión intraocular.
- h. Visión doble.
- i. Endoftalmitis (infección de todo el globo ocular, que se tratará con antibióticos y de ser necesario con cirugía).
- j. Pérdida de la visión.

V. EFECTOS COLATERALES, EFECTOS SECUNDARIOS Y EFECTOS ADVERSOS

- a. Luego de la cirugía se presenta una inflamación que generalmente se acompaña con dolor, pero si éste es muy intenso debe consultar inmediatamente con su cirujano.
- b. Otros signos de alarma son: disminución de la visión, párpados inflamados y ojo muy rojo o con secreción. Aún con las más estrictas medidas de seguridad (asepsia) puede ocurrir una infección ocular postoperatoria, originada en casi la totalidad de los casos por gérmenes que se encuentran habitualmente en la piel de los párpados y en la superficie del ojo del paciente. Es una complicación imposible de prevenir totalmente.

VI. BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO

El beneficio que se espera conseguir con esta cirugía cuando es precoz es: mejorar la visión, evitar el estrabismo, la ambliopía, el nistagmo, mejorar la calidad de vida y autoestima.

VII. PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

- a. La recomendación luego de la cirugía es seguir estrictamente las indicaciones dadas por su cirujano (medicación tópica y vía oral), así como las medidas higiénicas evitando estar cerca de posibles contaminantes ambientales.
- b. Luego de operado pudiera requerir el retiro de suturas.
- c. Debe acudir a sus controles postoperatorios en las fechas indicadas.

VIII. PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y RECOMENDACIONES

El pronóstico de esta cirugía dependerá del: tiempo de evolución, edad del paciente, causa de la catarata, si es uni o bilateral, colocación de la LIO, presencia de complicaciones, uso de correctores, rehabilitación visual, etc.



La catarata congénita o infantil puede causar el desarrollo de ambliopía (ojo perezoso) que requerirá tratamiento (generalmente por largo tiempo) posterior a la cirugía de catarata.

IX. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN Y RECEPCIÓN DE FORMULARIO

En la fecha....., he recibido de mi oftalmólogo, el médico con **CMP N°**..... y **RNE N°**..... el presente formulario conteniendo información sobre el tratamiento y/o procedimiento que se me ha propuesto y sus riesgos, además de haber recibido verbalmente la información necesaria. Así mismo he leído el contenido del presente formulario y mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado. También he sido informado de que mis datos personales y la autorización del consentimiento informado serán protegidos e incluidos en mi historia clínica, respetando mis derechos establecidos en la Ley N° 29414 y su reglamento aprobado por D.S. N° 027-2015-SA y Ley N° 29733 y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 003-2013-JUS.

X. CONSENTIMIENTO

En forma libre, voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y habiendo sido informado (a) debidamente sobre mi tratamiento y/o procedimiento al que seré sometido(a), **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice..... para lo cual firmo el presente consentimiento informado.

Lima, _____ de _____ del 20 _____

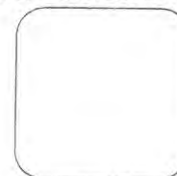
Firma del Paciente

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:



Firma del Tutor o Representante

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte
Huella Digital:



Firma y Sello del Médico Tratante

CMP: RNE:



XI. CONSENTIMIENTO DE USO DE IMÁGENES, FOTOGRAFÍAS Y/O VIDEOS

Las fotos y filmaciones son comúnmente realizadas en cada uno de nuestros pacientes tanto en los momentos preoperatorios, intraoperatorios, como en el postoperatorio. Mediante el presente documento el paciente SI () NO () autoriza el uso y difusión de estas imágenes con fines de publicación médica científica (cursos, congresos, publicaciones escritas, etc.) guardando el anonimato del paciente en cada caso. (Marcar con un aspa o encerrar con un círculo la opción elegida).

Lima, _____ de _____ del 20_____

Firma del Paciente

Nombre y Apellido:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma del Tutor o Representante

Nombre y Apellido:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma y Sello del Médico Tratante

CMP: RNE:

XII. REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Después de ser informado(a) de la naturaleza y riesgos del tratamiento propuesto, manifiesto de forma libre, voluntaria y consciente **MI DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** para que se me realice el , haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta situación.

Firma del Paciente

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Firma del Tutor o Representante

Nombre:
DNI/CE*/Pasaporte:
Huella Digital:

Lima, _____ de _____ del 20_____

*CE: Carnet de Extranjería

