

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

I. OBJETIVO.....	3
II. ALCANCE	3
III. MARCO LEGAL	
III. DEFINICIONES	4
IV. GENERALIDADES.....	
V. DESARROLLO.....	
VI. PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO Y DISSENTIMIENTO.....	
VII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.....	
VIII. ANEXOS	
ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS.....	



I. OBJETIVOS

GENERAL

Implementar el protocolo para la elaboración de los consentimientos y disentimientos informados cuando se requiera autorización para la realización de intervenciones médicas y de otros profesionales, investigaciones o procedimientos que requiera el paciente, en la ESE HSJM, con la finalidad de mejorar, estabilizar su estado de salud.

ESPECIFICOS

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

II. ALCANCE

Desde que el usuario ingresa a la entidad y requiere un procedimiento que amerite la autorización hasta su egreso y seguimiento. Es obligatorio que el talento humano en salud misional de la ESE HSJM, conozca y aplique el protocolo.

Las intervenciones profesionales de los médicos, salvo los casos de urgencia vital, deben estar precedidas de la autorización de su paciente.

El médico tendrá mayor libertad de acción en cuanto informe de manera más amplia a su paciente y obtenga de él una autorización que contemple cómo proceder ante hallazgos inesperados. Por el contrario, tendrá una actividad restringida, que le impedirá proceder de manera autónoma, si omite informar y solicitar permiso para actuar ante eventualidades previsibles aunque remotas.

Está en manos de los profesionales de la medicina obtener una autorización tan amplia o tan restrictiva como lo deseen, sin olvidar que solo podrán realizar aquello para lo cual han obtenido permiso.

III. MARCO LEGAL

En Colombia, la Corte Constitucional en su sentencia T-401/94 establece que “toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de Derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional”.

El consentimiento informado es una cultura y una culminación en el desarrollo de la relación clínica, de la misma manera que los derechos humanos lo son de las relaciones humanas en general. Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le implican; esto determina el poder aceptar o denegar lo que se le propone después de que se le ha brindado la información suficiente para ello.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento.

En Colombia, la primera consagración normativa específica se encuentra en la ley 23 de 1981, conocida como Ley de Ética Médica, en la cual se consagra el principio general de que ningún médico intervendrá, ni clínica ni quirúrgicamente a un paciente, sin obtener su previa autorización.

La Constitución Política de Colombia en los artículos 161, 182, 193 y 204, consagra dentro de los Derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado, el cual se puede manifestar en diferentes ámbitos, sin embargo para el tema objeto de consulta, como ya se indicó líneas atrás, nos referiremos al consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS.

De otra parte, tenemos que la Ley 23 de 1981, al referirse a las relaciones médico – paciente, en los artículos 14, 15 y 18, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes Tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

“Artículo 14. – El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”.

“Artículo 156. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su



consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

“Artículo 167. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, Producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados”.

(...)” “Artículo 188. – Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales”. (Subrayas y negrillas fuera de texto)

En este sentido, la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes del SGSSS, en el numeral 4.2 del artículo 4, de la Resolución 4343 de 2012, estableció que todo paciente tiene el derecho y debe ejercer sin restricciones de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones Políticas o de cualquier índole, una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información Necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico o riesgo que el mismo conlleve.

La resolución 1995 de 1999 aclaró que las autorizaciones de procedimientos deben constar por escrito y conservarse como un anexo obligado de la historia clínica; en tal sentido se han ido generalizando diversos modelos de autorización que pretenden unificar la información ofrecida al paciente. Este mecanismo, cómodo y relativamente seguro, tiene un defecto de especial relevancia: no sólo se unifica la información, en ocasiones se unifican los riesgos, sin distinguir entre los generales de cualquier intervención y los específicos de aquella concreta que se plantea al enfermo.

IV. DEFINICIONES

Consentimiento informado:

Es un proceso de comunicación MEDICO-PACIENTE, ENFERMERA-PACIENTE, o entre el paciente y otros profesionales de la salud, tales como Psicólogo, bacteriólogo, odontólogo, entre otros, que expresa la aceptación por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos y/o determinadas actuaciones que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

Disentimiento informado:

Es el documento donde se expresa la negación por parte del paciente, sus familiares o persona



responsable, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos y/o para determinadas actuaciones que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

Salida voluntaria:

Consiste en el reconocimiento de su derecho a no aceptar el tratamiento prescrito, proponiéndole, en este caso, la firma de la alta voluntaria salvo cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias o cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo; es decir la terminación de la prestación del servicio o solicitud del usuario o persona responsable de él, sin haber concluido el tratamiento, bajo su propio riesgo.

Elementos del Consentimiento Informado

Voluntariedad:

Acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.

Información en cantidad suficiente:

Solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a una paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.

Información con calidad suficiente:

Se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.

Competencia:

Según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el consentimiento.

La competencia se define como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores” .



En la práctica médica institucional pública y privada tanto de médicos, Odontólogos, y otros profesionales de la salud, debe figurar la información completa en el consentimiento informado, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los pacientes..

En la gestión de este proceso como propiciador de eventos adversos, se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con la no funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado

- Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar la información al paciente.
- Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado
- Ausencia de registro en la historia clínica
- Paciente mal informado por parte del profesional quien da información incompleta o imprecisa.
- Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado
- Paciente informado inadecuadamente por otro profesional diferente a quien va a realizar el procedimiento asistencial, por ejemplo enfermera de turno dando información acerca de un procedimiento quirúrgico.
- Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimiento informado.
- No verificación de los procedimientos de consentimiento informado
- No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que afecten la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Información:

Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

Comprensión:

Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información

Coacción:

Es un término empleado frecuentemente en Derecho y ciencia política que se refiere a la violencia o imposición de condiciones empleadas para obligar a un sujeto a realizar u omitir una determinada conducta.

Bioética:



Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de conducta humana de la vida; la ética está aplicada a la vida humana y no humana.

En un sentido más amplio, sin embargo, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general.

Paternalismo:

Es una modalidad del autoritarismo, en la que una persona ejerce el poder sobre otra combinando decisiones arbitrarias e inapelables, con elementos sentimentales y concesiones graciosas.

Inteligibilidad:

Es una propiedad de las variedades lingüísticas o dialectos por la cual dos hablantes de variedades diferentes pueden comprenderse mutuamente sin haber estudiado o aprendido previamente la variedad ajena.

V. DESARROLLO

El consentimiento informado es un documento que se debe explicar y diligenciar antes del procedimiento que se le va a realizar al paciente, clínicos, terapéuticos, diagnósticos, investigativos o pedagógicos que incluye grabación o toma de fotografías.

Debe tener claramente registrado el PROCEDIMIENTO A REALIZAR, sus ventajas, riesgos y/o las complicaciones que se puedan derivar del mismo y los cuidados que debe tener el Paciente posterior al procedimiento. Del mismo modo debe explicarse el motivo de hospitalización y plan de tratamiento.

Debe ser firmado una vez que los interesados reciban del o de los profesionales tratante, la información total, completa y comprensible de manera verbal y se registra en el formato establecido sobre los objetivos, la conveniencia, ventajas, riesgos que se pueden derivar y las alternativas de la realización de la actividades enunciadas y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Debe ser FIRMADO POR EL PACIENTE, con huella, si este es mayor de edad, o por sus padres o representantes legales en caso de tratarse de personas menores de edad o con patologías o limitaciones que el impidan discernir con plena conciencia y raciocinio.

Debe ser FIRMADO POR EL PRESTADOR de servicios de salud que realizara el o los procedimientos descritos en el documento relacionado.



El formato se debe incorporar en la historia clínica.

Se debe registrar en la historia clínica digitalizada el diligenciamiento en físico del consentimiento informado.

En caso que el paciente con trastorno de la salud mental, exista falta de familiares o responsables, y requiera un procedimiento y/o tratamiento médico, que bajo criterio médico y ético, se podrá realizar la actividad con el acompañamiento de otro profesional de la salud y con el registro de la observación en la historia clínica.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO no debe contener:

- Liberación anticipada de responsabilidades al profesional tratante.
- Otras autorizaciones no relacionadas con el o los procedimientos que se van a realizar.
- Compromisos económicos sobre honorarios y pagos al profesional o IPS.

PROCEDIMIENTO CLINICOS QUE EXIGE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DISENTIMIENTO

CONSULTA EXTERNA

- Método de planificación familiar
- Asesoría y toma de laboratorio de VIH
- Consentimiento informado toma de muestras de laboratorio clínico, Incluye toma de muestra de citología cervico uterina
- Consentimiento informado intervenciones y procedimientos de odontología
- Consentimiento informado de IVE de la ESE HSJM
- Consentimiento informado para tratamiento antifímico

HOSPITALIZACIÓN

- Inserción de catéter intravenoso
- Formato de salida voluntaria
- Consentimiento informado intervenciones y procedimientos especiales (grabación de ayudas audiovisuales)
- Consentimiento informado cesárea segmentaria
- Consentimiento informado para la aplicación de métodos anticonceptivos de larga duración tipo implantes subdermicos
- Consentimiento informado intervenciones quirúrgicas y procedimientos especiales

RADIOLOGÍA

- Rayos X para gestantes
- Procedimientos eco dirigidos
- Consentimiento informado – procedimientos especiales de imagino logia con uso de contrastes

5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

5.1 Revisar si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento informado o disentimiento informado, aplicado por los profesionales tratantes (Medico Enfermera, Odontólogo, Bacterióloga) o técnicos (auxiliar de enfermería, auxiliar de laboratorio, citologa, etc) que requieran realizar los procedimientos en los pacientes. Se Verifica en este documento si el procedimiento o tratamiento a realizar exige consentimiento informado y cuál es el formato a diligenciar. Si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento, se elabora y se explica al paciente. Si el procedimiento NO requiere consentimiento o disentimiento informado realizar el procedimiento correspondiente y registrarlo en historia clínica.

5.2 Explicar al paciente el procedimiento o tratamiento a realizar. El profesional o auxiliar debe explicar en qué consiste el tratamiento o procedimiento a realizar, ventajas, riesgos y/o complicaciones que se puedan derivar frente a la ejecución o no ejecución del procedimiento y o Tratamiento, los cuidados que debe tener el paciente posterior al mismo, de forma sencilla, clara y completa. Se le debe explicar cómo diligenciar el formato de consentimiento previa lectura, preguntando por las dudas o inquietudes que se susciten, para luego firmar si está de acuerdo o disentir en caso de no estar de acuerdo con lo que se le va a realizar

5.3 Verificar comprensión del usuario de la información presentada. Preguntar al usuario la compresión en su totalidad de la información presentada por el profesional frente al tratamiento o procedimiento a realizar Formato de consentimiento informado, firmado por usuario y/o familiar o responsable.

5.4 Permitir al usuario y/o familiar realizar preguntas y aclarar dudas sobre actividades, procedimiento o plan de tratamiento. Responder al usuario en forma comprensible las dudas y preguntas presentadas, de forma sencilla, clara y completa, usando un lenguaje libre de tecnicismos.

5.5 Informar amplia y suficientemente sobre otra actividad procedimiento o tratamiento. Informar a usuario y/o familiar sobre otras alternativas existentes, sus riesgos y complicaciones según evidencia científica del procedimiento a realizar

5.6 Se debe diligenciar formato de consentimiento informado. Registra en el formato institucional



de consentimiento informado todos los ítems. Solicitar la firma, documento de identidad y huella tanto del paciente como el responsable del mismo. Si acepta o no la realización del tratamiento y/o procedimiento.

Así mismo el profesional debe firmar, registrar el documento de identidad y el número de registro.

Si el usuario no acepta el procedimiento y/o tratamiento se marca con una **X** en NO. Si el paciente disiente del procedimiento se realiza el resto de la atención pertinente. Se debe anotar

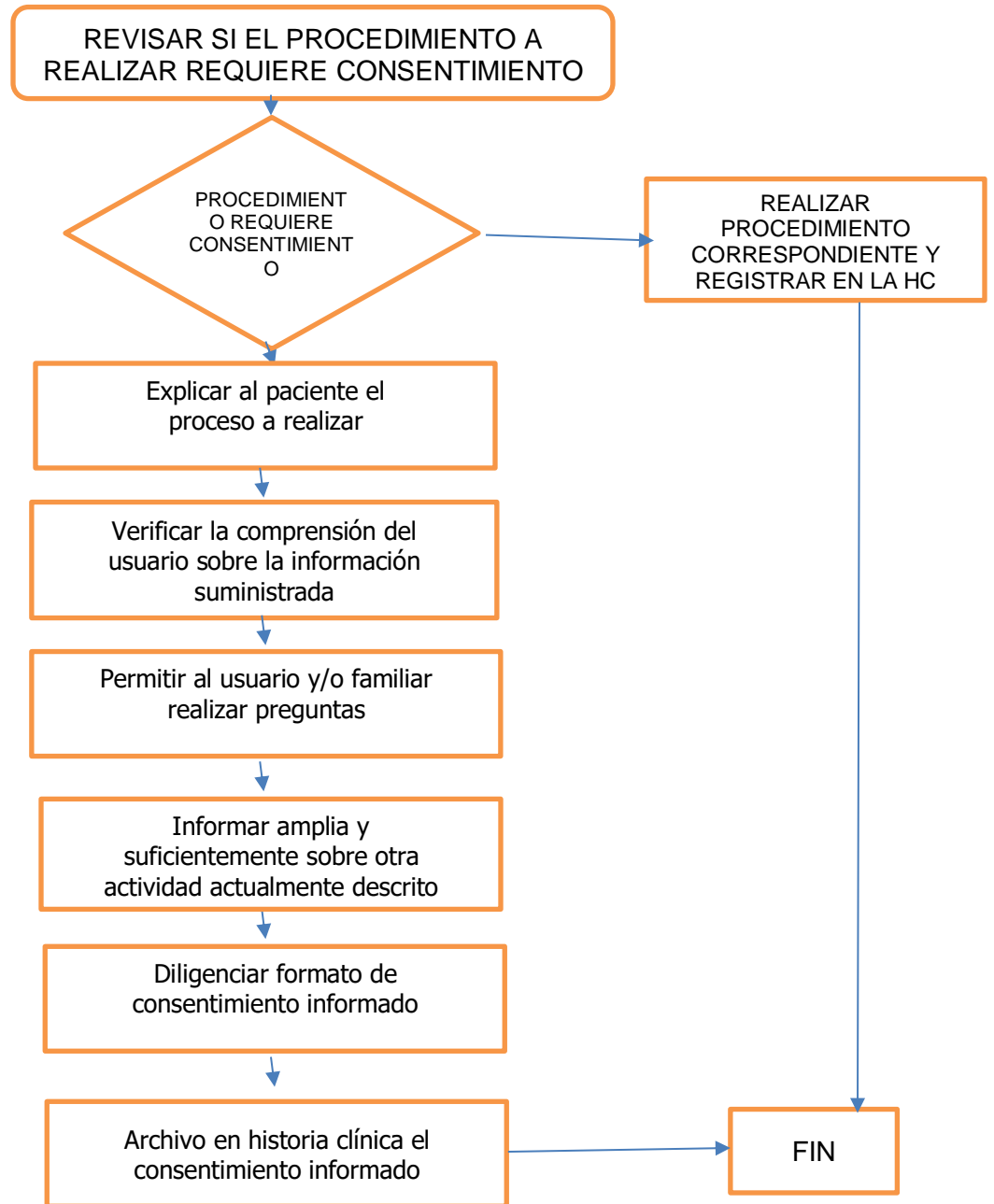
5.7 Archivar en historias clínicas el documento de consentimiento informado o en su defecto diligenciarlo en el software institucional.

En el servicio de urgencias y hospitalización se archivara temporalmente los consentimientos o disentimiento informados en una carpeta, dichos consentimientos serán recogidos semanalmente por el auxiliar de archivo previamente relacionado en le libro radicado en el servicio.

Incluir la copia del consentimiento informado en la historia clínica del paciente por parte de auxiliar de archivo.

En los casos de los servicios de consulta externa serán ingresados directamente con los otros formatos físicos a la carpeta de historia clínica del paciente. En el caso que el total de su historia clínica se encuentre sistematizada se archivara en una A-Z según documento de identidad.

FLUJOGRAMA



BIBLIOGRAFIA

Herramienta De Garantizar la funcionalidad del consentimiento informado, Ministerio de salud y protección social, versión 1.0

(2). Mendoza Miguel Angel, Zarate Nadia, scalante Jesús Miguel. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. Gaceta Médica de México, volumen 139, número 2, abril 2003. (3). República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-401 de 1994

Ley 23 de Ética Medica de 1981



ANEXOS

N:01

	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO		CODIGO: GMC: LM:001 VERSION: Fecha: 30/01/2023	
LISTADO MAESTRO FORMATOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS				
ORDEN	NOMBRE	CODIGO	VERSION	FECHA
1	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IVE DE LA ESE HSJM	GO-PT-01	1	30/01/2023
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES (GRABACION DE AYUDAS AUDIOVISUALES)	GO-FT-002	3	30/01/2023
3	CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA	CE-FT-003	2	30/06/2023
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO CESAREA SEGMENTARIA	PQX-FT-004	1	30/01/2023
5	CONSENTIMIENTO INFORMADO – PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE IMAGINOLOGIA CON USO DE CONTRASTES INFORMADO –	AD-ID-FT-005	3	30/01/2023
6	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ANTIFIMICO	C.E.-FT-006		30/01/2023
7	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION TIPO IMPLANTES SUBDERMICOS	GO-FT-007	2	30/01/2023
8	CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	PQX-FT-008	4	30/01/2023
9	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	ADX-FT-009	4	

No:02

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Yo, _____ de _____ años de edad, con C.C. (T.I.) _____ de _____, por la presente deixo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con _____ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo: Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia) Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico) En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico) Libre y voluntariamente solicito y autorizo a _____

_____ al llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento con Medicamentos; luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas. Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración. Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de _____ debido a _____

_____. Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación. Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

Firma de la Paciente

Firma del médico (a)

Ciudad, Fecha y hora: _____

TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

No: 03





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES (GRABACION DE AYUDAS AUDIOVISUALES)**

VERSION: 01

COD: GO-FT-002

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento médico:

2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a acabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso de la intervención o del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.

3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao o el Dr.

_____ Con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa la advertencia que dicho médico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y riesgos que conlleva la intervención mencionada, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia clínica, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal médico.

4. LA ESE HSJM, documenta (Grabación o uso de ayudas audiovisuales) los procedimientos de atención del parte, con la finalidad de realizar actividades pedagógicas que permitan la educación en servicios de sus profesionales en sus componentes de atención Obstétrica a la población indígena

5. Si usted lo permite, vamos a publicar la información que usted brinde, total o parcialmente, en la ESE HSJM y en medios de comunicación internos

6. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatomopatológicos (placenta), para entregar a la gestante y cumplir con los usos y costumbres de la etnia Wayuu.

7. Declaro que he sido advertido(a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de una intervención o procedimiento médico, compromete una actividad médico de medios, pero no de resultados.

8. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No. _____

Firma del Responsable

C.C. No. _____





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA –
EXTRACCION Y ANESTESIA LOCAL**

VERSION: 01

COD: C.E.-FT-003

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

Apreciado Usuaría:

Usted va a ser sometido a un procedimiento de Odontología: Extracción de dientes sin complicación y aplicación de Anestesia local, para realizar el procedimiento antes mencionado

Otorgo mi consentimiento al Dr(a). _____ Para que realice la extracción del diente. Manifiesto haber sido informados y comprender claramente la conveniencia de la extracción del diente y las consecuencias de no llevar a cabo dicho tratamiento, así como las complicaciones que pudieren asociarse con la mencionada extracción, las cuales incluyen (aunque no se limitan) las siguientes:

1. Molestias postoperatorias que pueden durar desde unas horas hasta varios días y para lo cual se administrara medicación en caso de ser necesario.
2. Tumefacción postoperatoria del área gingival en la vecindad del diente extraído o tumefacción facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
3. Infección, para las cuales se indicará medicación.
4. Trismus, (limitación de la apertura de la boca), que usual mente dura varios días, pero persiste durante un periodo más prolongado.
5. Posibilidad de producirse comunicación bucosmusal.
6. Parestesia (perdida de sensibilidad). Alveolitis (infección del alvéolo para lo cual se indicará medicación). Fractura del elemento (y excepcionalmente ósea).

Indicaciones:

- Cuando llegue a su casa, después del procedimiento conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto. Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos y quince minutos de descanso, intercalando por el término de varias horas. Con este método se logrará combatir el edema (hinchazón) postoperatorio.
- No realizar enjuagatorios hasta que hayan pasado por lo menos 6 horas desde el momento de la intervención.
- La gasa protectora de la herida colocada por el profesional en el consultorio, retirarla al cabo de 1 hora de finalizada la intervención. Si le sangra en horas durante las cuales no pudiera concurrir al consultorio, haga un bollo de gasa esterilizada del tamaño de una nuez y aplíquela sobre la herida apretando fuertemente sobre los dientes antagónicos. Conservarla en un sitio hasta que vuelva al consultorio que ha de ser lo antes posible. No ingiera alimentos muy calientes (sopas), ni realice succiones con mucha fuerza pues puede disolver el coagulo sanguíneo y provocar hemorragias o infecciones.

Medicación indicada:

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en este formato por el exclusivo interés de mi salud.

Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicara para la realización de dicho tratamiento y me comprometo a la consulta de seguimiento.

Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos





Nombre Paciente: _____ Fecha: _____
Hora: _____ H.C.: _____

Apreciado Usuaría:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital San Jose de Maicao. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas. En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

CESÁREA: Es una vía de parto, en la que mediante una intervención quirúrgica se extraen el feto y la placenta por vía abdominal.

ESTÁ INDICADA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES

Aunque la vía vaginal es la forma natural del parto, existen situaciones especiales que no la permiten porque ponen en riesgo la salud de la madre y del feto. Entre ellas: presentación anormal del feto, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, alteraciones de la placenta, antecedente de cesárea. En su caso particular la indicación es:

¿CÓMO SE HACE?

Hospitalizada, bajo anestesia regional o general, antes de iniciar se administra un antibiótico preventivo por vía endovenosa cuyo objetivo es disminuir la posibilidad de infección del sitio operatorio. Posteriormente, ya en la mesa de cirugía y antes de ser anestesiada se confirma en voz alta el nombre, edad, identificación, alergias medicamentosas, asegurador (EPS) y el procedimiento a efectuar; en este caso una cesárea. Los pasos siguientes incluyen rasurar la zona de la intervención y lavar el abdomen y la pelvis con jabón quirúrgico, antes de incidir la piel por debajo del ombligo en sentido vertical o por encima del pubis en sentido horizontal, para cumplir con la extracción del feto.

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Unas están relacionadas con la atención del parto y la intervención quirúrgica; Entre las complicaciones maternas se incluyen:

- Infección, hematoma o dehiscencia de la herida quirúrgica
- Hemorragia intra o postoperatoria, con o sin atonía uterina, que puede desencadenar un choque hipovolémico y sus consecuencias y la posibilidad de requerir transfusión sanguínea o intervenciones quirúrgicas adicionales como ooforectomía e hysterectomía
- Desgarros vaginales a pesar de que el parto no es vaginal
- Endometritis. Una forma de infección uterina en el puerperio que ocasionalmente puede derivar en choque séptico y sus consecuencias.





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES DE IMAGINOLOGIA CON USO DE CONTRASTES**

VERSION: 01

COD: AD-ID-FT-005

(OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)

H.C. No.: _____

Nombre del Pacientes: _____

Fecha: _____ Hora: _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieren y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique el siguiente procedimiento médico de Imagenología: _____
2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a cabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.
3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa a la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao, con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa a la advertencia que me han hecho con respecto a los riesgos que conlleva la realización de procedimientos de Imágenes Diagnósticas con contrastes, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal de imagenología.
4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que el material de contraste, si es el caso, sea aplicado por personal idóneo del área, escogido por el Hospital San José de Maicao, por el médico tratante o por mis familiares, y los autorizo para emplear el tipo de medio de contraste que se considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y al tipo de procedimiento que requiero. He sido advertido (a) por el personal del área, sobre los riesgos que para mi caso comprendan la aplicación del material de contraste de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y declaro que he recibido explicaciones satisfactorias al respecto.
5. Declaro que he sido advertido (a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de un procedimiento médico diagnóstico, compromete una actividad médica de medios, pero no de resultados.
6. **CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO LEIDO Y ENTENDIDO POR MI EN SU INTEGRIDAD.**

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsables que lo presenta y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No. _____

Firma del Responsable

Firma de quien diligencia el documento:

Cargo: _____





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS**

VERSION: 01

COD: C.E.-FT-006

Nombre Paciente: _____ **Fecha:** _____
Hora: _____ **H.C.:** _____

Apreciado Usuario(a):

Usted va a ser sometido a un tratamiento para La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana que afecta usualmente el pulmón o el árbol traqueo bronquial (tuberculosis pulmonar), pero que también puede afectar cualquier otro órgano o parte del cuerpo como la pleura, los riñones, huesos, meninges, intestinos, piel, sistema genitourinario entre otros (tuberculosis extra pulmonar). Es ocasionada por el microorganismo Mycobacterium Tuberculosis, o comúnmente conocido como el "bacilo de Koch", Es una enfermedad prevenible y tratable, que cuenta medicamentos altamente efectivos que curan la enfermedad y que cortan la cadena de transmisión en el entorno familiar, institucional, laboral y/o comunitario

INFORMACIÓN GENERAL

Yo, _____, identificado(a) con CC No. _____, residente en la dirección _____, Barrio _____ del Municipio de _____, declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito (objetivo) del tratamiento contra la tuberculosis, me han aclarado todas mis dudas y explicado la necesidad de realización del mismo. Comprendo perfectamente lo que me han informado acerca de esta enfermedad, sus complicaciones, signos y síntomas, de las reacciones adversas que pudieran presentarse con el esquema de tratamiento que a continuación se señala: (Marcar con X y subrayar donde corresponde).

RIFAMPICINA ()

ISONIACIDA ()

PIRAZINAMIDA ()

ETAMBUTOL ()

ESTREPTOMICINA ()

OTROS () Especificar: _____

Acepto recibir el tratamiento los días _____,

En la modalidad: _____.

Declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis _____ y haber sido informado(a) por personal del Hospital San José de Maicao _____ de las posibilidades de curación y/o fracaso de este tratamiento. Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias ni abandono), totalmente supervisado por el personal designado para tal fin, con estricto cumplimiento de las normas de la estrategia nacional del programa Control de Tuberculosis. También me comprometo a facilitar datos para la ubicación de mis contactos. En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Domicilio

Firma del Responsable

C.C: No.

Domicilio

Firma de quien diligencia el consentimiento

Nombre:

Cargo:





**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

VERSION: 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION TIPO
IMPLANTES SUBDERMICOS**

COD: GO-FT-007

H.C. No.: _____

Nombre de la Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN O RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

Yo, _____ de _____ Años de edad, con _____ hijos vivos, identificada con _____ de _____, manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté a la ESE Hospital San José de Maicao, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me practique la inserción del implante subdermico:

Beneficios

- Es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más efectivos, que ofrece tanto comodidad como un alto grado de seguridad durante los tres o cinco años respectivamente, (Implanon o Ja Dell).
- El método tiene una alta eficiencia anticonceptiva que es independiente del cumplimiento del usuario, porque no necesita recordarse a diario.
- Se insertan una o dos barras delgadas, según sea el método, flexibles, llenas de levonorgestrel o etonorgestrel, los cuales son liberados gradualmente y solamente a baja dosis, con reversibilidad total.
- Los implantes podrán retirarse en cualquier momento, si así lo desea.
- Al final del tercer o quinto año, cuando los implantes deban retirarse, se puede insertar un nuevo juego para protección continua. Riesgos
- Su eficacia anticonceptiva depende siempre y cuando sea insertado en la fecha adecuada del ciclo menstrual y asegurándose de que no estoy en embarazo inicial en el momento de la inserción.
- No se recomienda el uso en mujeres con sobrepeso, si es utilizado, se debe retirarse un año antes de las fechas programadas.
- El anticonceptivo presenta un bajo nivel de efectos secundarios, incluyendo quizás el sangrado irregular, que sin embargo puede ser manejado. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, nerviosismo, mareos, náuseas, dolor mamario, disminución o aumento de peso, hemorragias frecuentes, irregulares o prolongadas, manchado o ausencia de la menstruación.
- La colocación y remoción de los implantes subdermicos, son un procedimiento quirúrgico menor, por tanto, es inevitable que algunos pacientes experimenten molestias, equimosis, hematomas, inflamación o infección.
- Riesgos Propios del paciente:

Alternativas

- Existen otros métodos temporales para poder planificar mi familia como: Pastillas, Inyecciones, dispositivos Intrauterinos, Condones, Óvulos y Métodos Naturales. Observaciones





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES

VERSION: 02

COD: PQX-FT-008

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento médico:

2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a acabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso de la intervención o del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.
3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao o el Dr. _____

Con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa la advertencia que dicho médico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y riesgos que conlleva la intervención mencionada, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia clínica, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal médico.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia, si es el caso, sea aplicada por un médico anesthesiólogo escogido sea por el hospital San José de Maicao, por el médico tratante o por mis familiares, y los autorizo para emplear el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y al tipo de intervención que requiero. He sido advertido(a) por el medico anesthesiólogo, Dr. _____ sobre los riesgos que para mi caso comportan la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica que he recibido explicaciones satisfactorias al respecto.
5. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costa.
6. Declaro que he sido advertido(a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de una intervención o procedimiento médico, compromete una actividad médico de medios, pero no de resultados.
7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Firma del Responsable

C.C. No.



Firma de Quien diligencia: _____



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO**

VERSION: 01

COD: ADX-FT-009

Nombre Paciente: _____ **Fecha:** _____
Hora: _____ **H.C.:** _____

APRECIADO USUARIO: Usted va a ser sometido a un procedimiento diagnóstico no invasivo por parte del servicio de laboratorio clínico: toma de muestras. En este documento se explica en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leer con atención este documento; en señal de conformidad con la información recibida y con la realización del procedimiento planteado, deberá firmar el formato correspondiente. Cumplido este requisito procederemos a realizar el procedimiento.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Este es un procedimiento para obtener muestras de sangre, orina y otros fluidos (frotis vaginal, secreción y liquido) con el fin de realizar exámenes de laboratorio.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: La venopunción es la extracción de sangre de una vena, tomada por un profesional de la salud.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO: Los más frecuentemente descritos son:

- Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja, que ceden en cuanto ésta se retira.
- Hematomas (morados) pequeños que mejorarán espontáneamente y, o con medidas locales como hielo inicialmente y paños de agua tibia en los días siguientes.
- Náusea, vómito y desmayos antes o durante la punción de los cuales se recuperará rápidamente.
- Sangrado más prolongado de lo esperado, (especialmente si toma anticoagulantes o aspirina). Para controlarlo debe hacerse presión suave en el sitio de punción con un algodón seco por unos 2 a 5 minutos.
- Leve irritación del meato urinario
- Molestia por exposición de los genitales

RIESGOS PARTICULARES: son infrecuentes, pero de darse requieren comunicación con el laboratorio y, o con el servicio de urgencias más cercano:

- Hematomas que abarcan una gran área del brazo puncionado.
- Intenso dolor y sensación tipo “corrientazo” y hormigueo que puede presentarse inmediatamente u horas después de la ven punción.
- Infección en el sitio de punción que se manifiesta por enrojecimiento, calor, dolor y posible secreción en el sitio de ingreso de la aguja días después de la obtención de la muestra.

PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO: Por favor informe a nuestro personal si tiene trastorno de la sensibilidad en uno de sus brazos, si le realizan hemodiálisis o si le han realizado una mastectomía de qué lado, para que la ven punción NO se realice en ese brazo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES: En caso de requerir información al respecto o aclaración del presente documento, solicite asesoría de su médico o de la bacterióloga

(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

FECHA: _____ RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA _____

NOMBRES Y APELLIDOS (PACIENTE): _____

IDENTIFICACIÓN: _____





