

	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019 Versión vigente: 00
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>		

## ÍNDICE

	Pág.
1.- OBJETIVO	1
2.- ALCANCE	1
3.- DEFINICIONES	2
4.- RESPONSABILIDADES	3
5.- DESARROLLO	3
6.- DOCUMENTOS APLICABLES	8
7.- ANEXOS	9
8.- CONTROL DE CAMBIOS	10
9.- DIAGRAMA DE FLUJO	12

### 1. OBJETIVO:

Establecer los lineamientos y rutas generales para obtener consentimiento informado en todas las áreas de pediatría aplicables de la institución. Serán de apego estricto para el personal médico previo a cualquier proceso de hospitalización, cirugía, procedimiento, transfusión, protocolo, etc.


### 2. ALCANCE:

Es aplicable a todos los pacientes que requieran de hospitalización o procedimientos y precise un consentimiento informado, así como es de apego estricto para el personal involucrado en la atención del paciente (médico, paramédico y afines).

### 3. DEFINICIONES:

- 3.1 **PROCEDIMIENTO:** Documento que integra los estatutos, condiciones y eje a seguir para la realización de una actividad específica a un individuo.
- 3.2 **OPD:** Organismo Público Descentralizado.
- 3.3 **AHCGFAA:** Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
- 3.4 **D.O.F.:** Diario Oficial de la Federación.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
COPIA NO CONTROLADA	DRA. MANUELA GÓMEZ REYES. ADSCRITO DIVISIÓN DE PEDIATRÍA.	DR. HORACIO PADILLA MUÑOZ. JEFE DE LA DIVISIÓN DE PEDIATRÍA	DR. MIGUEL A. ZAMBRANO VELARDE. SUBDIRECTOR MÉDICO


	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 2 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>	Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019	
	Versión Vigente: 00	

- 3.5 **GPC:** Guías de Práctica Clínica; Documento que orienta al diagnóstico y tratamiento de una patología específica, presenta el flujograma aplicable para el abordaje por parte del personal de salud.
- 3.6 **NOM:** NORMA OFICIAL MEXICANA: Guía específica sobre una patología elaborada y aprobada, por un grupo de especialistas aprobados a nivel nacional para su ejecución en territorio nacional además de obligatoria para el tratamiento específico de una patología o elaboración de un documento del ámbito médico legal.
- 3.7 **INGRESO ADMINISTRATIVO:** Documento elaborado por el servicio de admisión general, contiene los elementos normativos para identificación única del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) además otorga un registro único hospitalario, asigna nuevo o mantiene el ya asignado si el paciente cuenta con él. Consigna todos los datos centrales del paciente y el servicio tratante.
- 3.8 **EXPEDIENTE CLINICO:** Documento legal consistente en un conjunto de escritos, gráficos o imagen que contienen datos clínicos del paciente, la información acumulada sobre su patología durante su atención en la institución (hospitalización, procedimientos, consulta, estudios y laboratoriales).
- 3.9 **BECARIOS:** Personal médico en formación de pregrado, postgrado y alta especialidad.
- 3.10 **ADSCRITOS:** Personal médico contratado por la institución.
- 3.11 **ENCARGADO o JEFE DE GUARDIA:** Becario de especialidad, subespecialidad o alta especialidad de mayor jerarquía, que toma la coordinación del servicio durante las guardias, o el mando en ausencia de adscritos.

#### 4.- RESPONSABILIDADES:

- 4.1 Elaboración y actualización: Médico Adscrito de la División de Pediatría.
- 4.2 Aprobación: Jefe de División, Subdirección Médica.
- 4.3 Ejecución: Personal involucrado en la atención del paciente (Personal Médico, paramédico, becarios, administrativos, etc.).
- 4.4 Supervisión: Jefe de la división



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 3 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>		Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019
		Versión Vigente: 00


## 5. DESARROLLO: Procedimiento Consentimiento Informado.

Ejecución del procedimiento: Consentimiento Informado.		
No.	Responsables	Descripción de la Actividad
5.1	Adscrito	<p>Revisa Paciente, decide ingreso o atención que precise llenado de consentimiento informado.</p> <p>Informa a familiar o tutor de la necesidad del procedimiento, explica pros y contras, otorga información ampliada y clara.</p>
5.2	Paciente o tutor	Analizan información, deciden aceptación o rechazo.
5.3	Residente	<p>Realiza nota de análisis del caso, si hay aceptación llena consentimiento y obtiene firmas de los involucrados,</p> <p>Si se decide que no, llena consentimiento en la sección de rechazo y obtiene firma</p> <p>Integra documentos a expediente clínico</p> <p>Continúa procesos de consentimiento (hospitalización, transfusión, cirugía menor, etc),</p> <p>Continúa asistencia médica.</p>

## 6. DOCUMENTOS APLICABLES:

### 6.1 NORMAS

- ❖ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
- ❖ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012 vigilancia epidemiológica
- ❖ NOM-031 SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO.
- ❖ NOM-034 SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO.
- ❖ NOM-EM-001 SSA2-1999 PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.

	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 4 de 12 Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019 Versión Vigente: 00
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>		

- ❖ NOM-178 SSA1-1998, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MEDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.
- ❖ NOM 197 SSA1-2000, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MEDICA ESPECIALIZADA.

## 6.2 FORMATOS


Formatos varios de consentimiento informado.

## 7. ANEXOS

### A) Aspectos Generales


- 5.1 El personal del Hospital Civil y los pacientes deberán acatar los lineamientos y disposiciones del OPD Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".
- 5.2 Los pacientes o sus representantes legales, que deciden ser atendidos en la institución aceptan los lineamientos generales establecidos en la organización del mismo.
- 5.3 Todo paciente que acude a recibir atención a la institución, deberá identificarse mediante documentos oficiales (credencial de elector, pasaporte, carta de nacionalidad, cedula profesional, Credencial INAPAM etc., este será el documento inicial de su expediente, al momento de originarse un registro con los datos de identidad únicos: nombre completo, fecha de nacimiento y registro institucional.
- 5.4 Ante un evento grave, la atención a la salud es prioridad, por lo que solo ante esa situación, se atenderá al paciente primeramente y posteriormente se procederá al llenado de documentos y sustentación de identidad y responsabilidad.
- 5.5 Si el paciente es **menor de edad** o se encuentra en **condiciones clínicas de no decisión** (trauma severo, déficit neurológico o déficit mental) y viene **acompañado** por un familiar, acompañante o representante legal, se les pedirá **identificación oficial** y una vez validado esto, se les proporcionará información y se documentarán como **responsables del paciente**.



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 5 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>	Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019	
	Versión Vigente: 00	

- 5.6 Si el paciente se encuentra en condiciones de **no identificado** (No Name, NN) o en condiciones clínicas de no decisión, y **NO VIENE** un familiar, **acompañante** o representante legal, entonces **se designara al subdirector médico en turno**, como albacea temporal para la toma de decisiones respecto a su salud en tanto el estado designa a un responsable legal; el **médico responsable del servicio** donde se atiende al paciente se designará como segundo albacea. Adendum, todo paciente que llegue en esta condición, será obligatoriamente e inmediatamente reportado al ministerio público por el médico adscrito en turno.
- 5.7 El Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, es un Hospital-Escuela por lo que cuenta con personal médico especialista en diferentes turnos y servicios, pero además cuenta con personal médico y paramédico de pre y postgrado en formación, quienes intervendrán en la atención de pacientes bajo la supervisión y guía del médico especialista. El médico de postgrado de máximo grado, se designa como **jefe de guardia**, lo que le faculta como médico a cargo del paciente durante su guardia correspondiente en ausencia del médico especialista.
- 5.8 Por ser una Institución **Hospital- Escuela** de atención las 24 horas, los 365 días del año, el paciente tendrá asignado al momento de su ingreso un médico tratante, pero no será de exclusividad para el manejo del mismo, por lo que tendrá atención de los médicos especialistas de turno o a cargo en el resto de los turnos o días que el tratante no se encuentre, a fin de proporcionarle atención médica continua de calidad durante su estancia.
- 5.9 Todo personal becario del área médica de pre y postgrado, recibe un **curso de inducción** por parte de enseñanza, en este, se les enseña las principales Normas Oficiales mexicanas, su interpretación y aplicación, el correcto llenado, manejo y resguardo del expediente clínico y de cada uno de sus notas integrantes, se da realce al manejo y correcto llenado del **Consentimiento Informado** en sus variadas aplicaciones, la forma de informar al paciente, como obtenerlo y documentarlo, su importancia en el expediente clínico; además de la importancia del trato digno al paciente, la verificación de comprensión de la información proporcionada, la correcta comunicación, el respeto a los derechos humanos, la equidad de género, el respeto a las decisiones del paciente, etc.
- 5.10 Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su **consentimiento informado**. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa a la realización




	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
	<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>	Página 6 de 12 Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019 Versión Vigente: 00

del mismo, por lo que dicha **información se proporcionará por el medico a cargo** o en turno del servicio tratante.

- 5.11 El médico a cargo del servicio en turno siempre ratificará que la información que proporcionó, sea comprendida por el paciente y/o familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente. En caso de aplicarse huella digital el orden priorizado será 1.- pulgar derecho. 2.- pulgar izquierdo. 3.- índice derecho. 4.- índice izquierdo.
- 5.12 El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos.
- 5.13 Previo al **ingreso** de un paciente a hospitalización, será informado por el médico del servicio en turno sobre su condición clínica y necesidad de hospitalización, de estudios, procedimientos y procesos necesarios para su mejor resolución clínica, así como las intervenciones susceptibles a realizarse hasta ese momento.
- 5.14 En el caso de Hospitalización, una vez identificado el paciente y responsable legal, el médico tratante o en turno del servicio que le esté evaluando, le informará de la necesidad de **HOSPITALIZACIÓN**; si el paciente (en pleno uso de sus facultades mentales) o la persona responsable legal de él, **está de acuerdo** y acepta las condiciones básicas establecidas en la institución una vez informado de los aspectos como son:
- 5.15
- a) Diagnostico presuntivo.
  - b) Acto médico con riesgo de complicaciones menores, mayores o de muerte.
  - c) Estancia hospitalaria indeterminada según su evolución.
  - d) Libertad prescriptiva al médico tratante.
  - e) Efectos adversos impredecibles de los medicamentos.
  - f) Posibilidad de requerir procedimientos, cirugías y/o estudios.
  - g) Posibilidad de uso de hemoderivados.
  - h) Posibilidad de aplicación de medidas de urgencias o contingencias.
  - i) Posibilidad de urgencias o contingencia institucional.
  - j) Entendido de estar en una institución Hospital-Escuela por lo que será atendido por personal especialista rotatorio con el turno y/o con personal en formación de pregrado,



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 7 de 12
	<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>	Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019
		Versión Vigente: 00

postgrado y paramédico, por ende su caso clínico, imágenes y estudios pueden ser utilizados con fines de enseñanza, investigación o divulgación científica.

- k) Entendido de estar en Institución involucrada con la cultura de austeridad, ecológica y de recicle por lo que algunos insumos usados en su atención son de manufactura hospitalaria y en total condición de esterilidad e inocuidad para su uso en el paciente.
- l) Libertad para renunciar por escrito a continuidad de atención médico.
- m) Posibles complicaciones en caso de rechazar atención
- n) Certeza de haber comprendido lo antes mencionado.
- o) Alternativas de tratamiento
- p) Indefinición de costo.
- q) Certeza de que comprendió lo explicado.


5.16 Entonces, se procederá por el médico a cargo o de turno al correcto llenado y firmado por los involucrados del documento **2a CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN**, misma que se adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 1, carta de consentimiento informado de hospitalización.

5.17 Si el paciente o representante legal, **rechaza la atención hospitalaria**, el medico a cargo en turno procederá al correcto llenado y firmado por los involucrados, del **documento 2a CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN** en su parte inferior **NEGATIVA PARA RECIBIR ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN**, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 1, carta de consentimiento informado.

5.18 Si el paciente o representante legal durante su estancia hospitalaria, **cambia de opinión** y decide **rechazar la atención**, entonces se procederá por el médico a cargo o en turno al correcto llenado y firmado por los involucrados al documento **2**, en su sección reverso, **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN RENUNCIA A SEGUIR RECIBIENDO LA ATENCIÓN MEDICA**, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 1, carta de consentimiento informado.

5.19 Si durante el proceso de hospitalización el paciente requiere algún **procedimiento diagnostico o terapéutico o intervención quirúrgica**, el medico a cargo o de turno le informara al paciente y/o representante legal sobre la necesidad de dicho procedimiento, ventajas, desventajas, posibilidad de complicaciones o riesgos, reacciones impredecibles, necesidad de actuar frente a estados urgentes o inesperados, participación de personal especialista y/o personal médico y paramédico en formación, uso de material de



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 8 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>	Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019	
	Versión Vigente: 00	


manufactura hospitalaria entre otros; aclarando dudas e inquietudes. Si el procedimiento es **aceptado**, el medico a cargo o de turno procederá al correcto llenado y firmado de los involucrados del **documento 3, sección 2b** denominada **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS**. Si el paciente requiere más de un procedimiento durante su estancia hospitalaria, deberá, informarse al paciente o familiar previo a cada evento y en caso de aceptación **deberá llenarse** una carta de consentimiento informado para procedimientos **previo a cada evento**, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 2, carta de consentimiento informado para procedimiento.

5.20 Si durante el proceso de hospitalización el paciente requiere algún **procedimiento diagnóstico o terapéutico o intervención quirúrgica**, el medico a cargo o de turno le informara al paciente y/o representante legal sobre la necesidad de dicho procedimiento, ventajas, desventajas, posibilidad de complicaciones o riesgos, reacciones impredecibles, necesidad de actuar frente a estados urgentes o inesperados, participación de personal especialista y/o personal médico y paramédico en formación, uso de material de manufactura hospitalaria entre otros; aclarando dudas e inquietudes. Si el procedimiento es **rechazado**, el medico a cargo o de turno procederá al correcto llenado y firmado de los involucrados del **documento 3, sección 2b** en su **parte inferior** denominada **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS, NEGATIVA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO**. Si el paciente requiere más de un procedimiento durante su estancia hospitalaria, deberá, informarse al paciente o familiar previo a cada evento y en caso de RECHAZO **deberá llenarse** una carta de consentimiento informado para procedimientos en su sección inferior **por cada evento rechazado**, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 2, carta de consentimiento informado para procedimiento.

5.21 El documento **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS**, aplica a todos los procedimientos médicos o quirúrgicos de hospitalización o ambulatorios, así como eventos anestésicos o de sedación, y debe ser procesado y llenado como se menciona en los incisos 5.15 y 5.16

5.22 Si durante el proceso de hospitalización el paciente **requiere transfusión de sangre humana o hemoderivados** el medico a cargo o de turno le informara al paciente y/o representante legal sobre la necesidad de dicho procedimiento, ventajas, desventajas, posibilidad de complicaciones o riesgos, reacciones impredecibles, necesidad de actuar frente a estados urgentes o inesperados, participación de personal especialista y/o personal médico y paramédico en formación, uso de material de manufactura hospitalaria entre otros; aclarando dudas e inquietudes. Si el procedimiento de transfusión es **aceptado**, el medico a cargo o de turno procederá al correcto llenado y firmado de los involucrados de formato



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 9 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>		Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019
		Versión Vigente: 00


denominado **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES SANGUÍNEOS** (si el paciente esta consiente) o **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES** (cuando el paciente es menor de edad, o se encuentra en condiciones de no decidir). Si el paciente requiere más de un procedimiento de transfusión durante su estancia hospitalaria **una sola hoja de autorización aplica para todo el evento hospitalario**, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 4, carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre humana y sus componentes sanguíneos, y anexo 5 carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre humana y sus componentes sanguíneos en menores de edad o incapaces.

5.23 Si durante el proceso de hospitalización el paciente **requiere transfusión de sangre humana o hemoderivados** el medico a cargo o de turno le informara al paciente y/o representante legal sobre la necesidad de dicho procedimiento, ventajas, desventajas, posibilidad de complicaciones o riesgos, reacciones impredecibles, necesidad de actuar frente a estados urgentes o inesperados, participación de personal especialista y/o personal médico y paramédico en formación, uso de material de manufactura hospitalaria entre otros; aclarando dudas e inquietudes. Si el procedimiento de transfusión es **rechazado**, el medico a cargo o de turno procederá al correcto llenado y firmado de los involucrados del formato denominado **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES SANGUÍNEOS** en su sección hoja 3 (si el paciente esta consiente) o **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES** en su sección hoja 4 (cuando el paciente es menor de edad, o se encuentra en condiciones de no decidir). Si el paciente requiere más de un procedimiento de transfusión durante su estancia hospitalaria una sola hoja de rechazo no aplica para todo el evento hospitalario y **se re informará** al paciente o representante legal **en cada evento necesario por la posibilidad de cambio de opinión y beneficio** que esto implica al paciente, misma que adjuntara a la carpeta del expediente clínico del paciente. Ver anexo 4, y anexo 5.

5.24 Existen **otros formatos de consentimiento informado** dentro de la institución, algunos específicos a alguna patología, procedimiento, servicio, etc. en cada uno de ellos se seguirá la misma logística:

- Información del médico a cargo o en turno de la necesidad del procedimiento al paciente o representante legal según procediere.
- El estado del paciente
- Información sobre ventajas, desventajas, posibilidad de complicaciones o riesgos, reacciones impredecibles, necesidad de actuar frente a estados urgentes o inesperados,



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Página 10 de 12
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>		Fecha de Revisión: SEPTIEMBRE 2019
		Versión Vigente: 00

posibles alternativas, problemas relacionados con la recuperación, posibles resultados en caso de no someterse al procedimiento propuesto, probabilidad de éxito, participación de personal especialista y/o personal médico y paramédico en formación, uso de material de manufactura hospitalaria entre otros; aclarando dudas e inquietudes del paciente y familiares o representante legal.

- d) Información sobre el nombre del médico o personal autorizado para realizar el procedimiento.
- e) Si el consentimiento es otorgado, el médico a cargo o en turno llenará el documento y los involucrados firmarán el documento en cuestión.
- f) Si el consentimiento es rechazado, el médico a cargo o en turno llenará el documento y los involucrados firmarán el documento en cuestión.
- g) El documento generado, sea aceptado o no, será incluido y resguardado en el expediente clínico del paciente.

5.25 En cada evento que requiera el paciente en la institución, el consentimiento informado de la índole que sea debe ser renovado por el médico a cargo del evento. Ver anexo 5 listado de tipos de consentimiento informado.

ANEXO		
CONCENTRADO DE TIPOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
TIPO DE CONSENTIMIENTO	EVENTO	PROCEDIMIENTO
HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN
PROCEDIMIENTOS	CIRUGÍA HOSPITALARIA	CIRUGÍA
	CIRUGÍA AMBULATORIA	CIRUGÍA
	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	COLOCACIÓN DE CATÉTER CENTRAL SUBCLAVIO, PORT-A-CAT, MAHURKAR, DRENAJE CERRADO DE TÓRAX, TORACENTESIS, PARACENTESIS, BIOPSIAS, ENDOSCOPIA, ALTA Y BAJA, COLONOSCOPIA, ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA, BRONCOSCOPIA, DILATACIONES ESOFÁGICAS Y TRAQUEALES, ETC. BIOPSIAS
INTERVENCIONISMO	INTERVENCIÓN DIAGNOSTICA RADIOLOGÍA E IMAGEN	INTERVENCIÓN POR RADIOLOGÍA E IMAGEN
TRANSFUSIÓN	HEMOCOMPONENTES DERIVADOS Y	APLICACIÓN
ANESTESIA	SEDACIÓN O ANESTESIA	
CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	ESTUDIOS CARDIO INTERVENCIONISTA	ECOCARDIO TRANS ESOFÁGICO, ECOCARDIO DE ESTRÉS, PRUEBA DE



	<b>PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA</b>	Código: PR-CH-DP-03
		Fecha de Revisión: <b>SEPTIEMBRE 2019</b>
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRIA</b>		Versión Vigente: 00

		ESFUERZO, PRUEBA DE MESA INCLINADA, OTROS.
HEMODIÁLISIS	HEMODIÁLISIS, REUTILIZACIÓN DE FILTROS DE HEMODIÁLISIS	
TRASPLANTE	DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y TRASPLANTES	
PRUEBAS CUTÁNEAS	PRUEBAS CUTÁNEAS	PRUEBAS CUTÁNEAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIAL	CESÁREA	
	SALPINGOPLASTIA	
	VASECTOMÍA	
	QUIMIOTERAPIA	
	CESÁREA	
AUTOPSIA	AUTOPSIA	AUTOPSIA

**Guía de llenado de: hoja de consentimiento informado hospitalización**

**8. CONTROL DE CAMBIOS:**

<b>Versión Vigente</b>	<b>Fecha</b>	<b>Motivo</b>
00	2019	INICIO DEL PROCESO



# PROCEDIMIENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRÍA

Código: PR-CH-DP-03

Página 12 de 12

Fecha de Revisión:  
SEPTIEMBRE 2019

DIVISIÓN DE PEDIATRIA

Versión Vigente: 00

## 9. DIAGRAMA DE FLUJO: Consentimiento Informado

