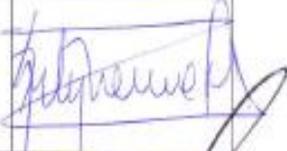


	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	<b>NORMA APLICACION          CONSENTIMIENTO INFORMADO          ACTIVIDAD DOCENTE</b>	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	1 de 10	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Actualizado por:	EU Karen Antiquera M.	Subdirectora de Enfermería	17/05/2016	
Revisado por:	Dr. Raúl Martínez G.	Encargado de RAD	19/05/2016	
Aprobado por:	EU Elizabeth Chamorro A.	Profesional Departamento Calidad Asistencial	20/05/2016	
Autorizado por:	D. Sadoc Ramírez J.	Director (s)	23/05/2016	

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	<b>NORMA APLICACION          CONSENTIMIENTO INFORMADO          ACTIVIDAD DOCENTE</b>	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	2 de 10	

**Distribución:**

SERVICIO	CARGO
Dirección	Director(s)
	Oficina de Partes
Subdirección Administrativa	Subdirector Administrativo
Subdirección Médica	Subdirector Médico
Depto. Calidad Asistencial	Jefe Departamento
Subdirección de Enfermería	Subdirectora de Enfermería
Relación Asistencial Docente (RAD)	Encargado y Coordinador RAD
	Rep. Profesionales Médicos
	Rep. Profesionales Enfermería y Tens
	Rep. Profesionales Nutricionistas
	Rep. Profesionales Matronas
	Rep. Profesionales Tecnólogos Médicos
	Rep. Profesionales Psicólogos
	Rep. Profesionales Kinesiólogos
	Rep. Profesionales Terapeutas Ocupacionales
	Secretaria Ejecutiva RAD
CR Médico	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
CR Quirúrgico	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
CR de la Mujer	Médico Jefe
	Matrona Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Infantil	Médico Jefe
	Enfermera jefe
	Encargado Círculo de Calidad
Traumatología	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
	Encargada Círculo de Calidad

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	<b>NORMA APLICACION          CONSENTIMIENTO INFORMADO          ACTIVIDAD DOCENTE</b>	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	3 de 10	

Central de Esterilización	Enfermera Jefe
CR Imagenología	Médico Jefe
	Tecnólogo Médico Supervisor
	Encargado Círculo de Calidad
CR Odontológico	Médico Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
Unidad de Kinesiología	Kinesióloga Jefe
	Encargada Círculo de Calidad

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	NORMA APLICACION CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDAD DOCENTE	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	4 de 10	

## I N D I C E

<b>I.</b>	<b>OBJETIVO</b> _____	<b>05</b>
<b>II.</b>	<b>ALCANCE</b> _____	<b>05</b>
<b>III.</b>	<b>APLICABILIDAD</b> _____	<b>05</b>
<b>IV.</b>	<b>ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD</b> _____	<b>05</b>
<b>V.</b>	<b>NORMAS PARA MODALIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA</b> _____	<b>06</b>
<b>VI.</b>	<b>NORMAS PARA MODALIDAD DE ATENCIÓN CERRADA</b> _____	<b>06</b>
<b>VII.</b>	<b>ANEXOS</b> _____	<b>07</b>
	<b>Anexo 1: Información a entregar al paciente/tutor sobre actividad docente</b> _____	<b>07</b>
	<b>Anexo 2: Formulario consentimiento informado de actividad docente</b> _____	<b>08</b>
<b>VIII.</b>	<b>REGISTRO HISTORICO CONTROL DE CAMBIOS</b> _____	<b>10</b>

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	NORMA APLICACION CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDAD DOCENTE	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	5 de 10	

## I. OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento de aplicación del consentimiento informado frente a las prácticas clínicas de los alumnos de pregrado de las carreras del área de la salud.

## II. ALCANCE

**Funcionarios del Hospital Clínico de Magallanes:** Enfermera de Gestión de Camas, profesionales supervisores y clínicos de servicios definidos como campo clínico, profesionales prestadores de atención directa en atención ambulatoria.

**No funcionarios del Hospital Clínico de Magallanes:** profesionales docentes y estudiantes de entidades formadoras que realizan prácticas clínicas en servicios clínicos y/o Unidades de Apoyo que se han declarado institucionalmente aptos para la docencia.

## III. APLICABILIDAD

Cada vez que un paciente sea atendido por estudiantes tanto en el área ambulatoria como en hospitalización.

## IV. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

**Supervisor de servicio clínico y Unidad de Apoyo:** Supervisar el cumplimiento de la norma.

**Enfermera Gestión de Camas:** Aplicar el consentimiento informado docente a todo paciente que ingresa a hospitalizarse por Admisión.

**Profesionales de matronería y enfermería:** Aplicar el consentimiento informado docente a todo paciente que ingresa a hospitalización por la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

**Profesionales de la salud, área ambulatoria:** Aplicar el consentimiento informado docente si éste no se encuentra incluido en la ficha clínica del paciente.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	<b>NORMA APLICACION          CONSENTIMIENTO INFORMADO          ACTIVIDAD DOCENTE</b>	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	6 de 10	

## V. NORMAS PARA MODALIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA

1. A todo paciente que sea atendido por estudiantes en consulta o procedimiento ambulatorio, se le deberá aplicar el Consentimiento Informado por parte del prestador individual dependiente de la institución hospitalaria aclarando dudas e informando aspectos generales sobre la actividad docente según detalla el Anexo 1.
2. El alcance del Consentimiento podrá ser por tratamiento completo como es el caso de kinesioterapia, quimioterapia, tratamiento biológico o atención dental, o por cada procedimiento o consulta según proceda, ejemplo: radiografías, consulta médica, entre otros.
3. El formulario de Consentimiento Informado deberá quedar archivado en la Ficha Clínica del paciente tras la prestación o al alta del tratamiento si procede.

## VI. NORMAS PARA MODALIDAD DE ATENCIÓN CERRADA

1. A todo paciente ingresado por admisión o a su tutor se le deberá aplicar el Consentimiento Informado en el momento del ingreso por enfermera de gestión de camas, aclarando dudas e informando aspectos generales sobre la actividad docente según detalla el Anexo 1.
2. A todo paciente ingresado por Unidad de Emergencia Hospitalaria se le deberá aplicar el consentimiento en el servicio de hospitalización en el momento del ingreso por el profesional que realiza el ingreso.
3. El alcance del Consentimiento en atención cerrada será por todo el período de la hospitalización para estudiantes de pre título y post título de todas las carreras del área de la salud.
4. El formulario de Consentimiento Informado deberá quedar archivado en la Ficha Clínica del paciente. (Anexo 2)

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	NORMA APLICACION CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDAD DOCENTE	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	7 de 10	

## VII. ANEXOS

### Anexo Nº 1: Información a entregar al paciente/tutor sobre actividad docente

El Hospital Clínico de Magallanes además de su función Asistencial tiene un compromiso institucional con la formación de Profesionales y Técnicos de diversas carreras del área de la salud, ya sea de Universidades o Institutos.

Esta actividad no cambia el compromiso y el deber que nuestra institución tiene con su atención, lo que implica que el equipo médico tratante y el personal de los distintos servicios que participan de sus cuidados le seguirán atendiendo.

#### LO QUE USTED COMO USUARIO DEBE SABER DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

1. Los estudiantes realizan su práctica con supervisión de un profesional docente o un profesional de la institución que apoya la actividad docente, por lo que la calidad y seguridad de su atención estará resguardada.
2. La información que le sea requerida durante su atención será tratada confidencialmente, así como la información que se encuentre en los diferentes registros clínicos referidos a su salud.
3. Si está hospitalizado y ha aceptado que en su atención participen estudiantes, usted tiene derecho a que durante la jornada diurna se le asegure un mínimo de 4 horas continuas de descanso sin actividad docente.
4. Usted podrá cambiar su decisión libremente y cuando lo desee sin tener que dar explicaciones al respecto y ella será respetada en todo momento.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	NORMA APLICACION CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDAD DOCENTE	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	8 de 10	

**Anexo Nº 2:**

**FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDAD DOCENTE**

**Anverso**

Punta Arenas, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

Nombre del representante \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

RUT del representante \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_  
(tutor, representante, acompañante)

**Declaro** haber recibido y comprendido la información sobre la actividad docente que se desarrolla en el Hospital Clínico de Magallanes, sus objetivos, beneficios, potenciales riesgos y se me ha explicado que:

1. Seguiré siendo atendido por el equipo médico tratante y por el personal profesional, técnico y de colaboración del servicio donde me encuentre, en este establecimiento asistencial.
2. Puedo aceptar o rechazar en forma libre y voluntaria recibir atención de estudiantes y docentes, sin obligarme a dar explicación alguna acerca de mi decisión,
3. Puedo cambiar de opinión, sin que esto afecte la calidad de mi atención,
4. La información relacionada con mi atención será tratada confidencialmente,
5. El hospital mantiene supervisión y control sobre las actividades que realizan los estudiantes.
6. La participación de estudiantes de carreras de la salud en mi atención, será otorgada bajo supervisión de los docentes de centro formador y, en el caso de Internos, bajo supervisión de los profesionales respectivos contratados por este establecimiento asistencial.

En consecuencia:( por favor marque su decisión con una cruz en recuadro pertinente)

**Acepto** ser atendido por estudiantes.

**No acepto** ser atendido por estudiantes.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Profesional que aplica Consentimiento

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	NORMA APLICACION CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDAD DOCENTE	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	9 de 10	

**Reverso**

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDAD DOCENTE**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

Nombre del representante \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

RUT del representante \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_  
(tutor, representante, acompañante)

Revoco el consentimiento dado con fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma  
Paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Profesional que aplica Revocación

Punta Arenas, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	DP 4.1	
		Versión	1	
	<b>NORMA APLICACION          CONSENTIMIENTO INFORMADO          ACTIVIDAD DOCENTE</b>	Próxima Revisión	Mayo 2019	
		Página	10 de 10	

## VIII. REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Revisada por	Fecha	Cambios ingresados
0	Karen Antiquera	17/05/2016	<p>Se modifica el objetivo del documento.</p> <p>Se incorpora la aplicabilidad y el ámbito de responsabilidad.</p> <p>Se incorpora el punto 6 en el anverso del formulario de Consentimiento Informado de Actividad Docente.</p> <p>Se corrige reverso del formulario de Consentimiento Informado de Actividad Docente</p>