



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Código: CAL N° 05
Edición: 01
Fecha: Octubre de 2013
Páginas: 1 DE 5
Vigencia: ENERO 2015

CONTROL DE CAMBIOS

1

Revisión N°	Página de cambio	Fecha elaboración	Fecha próxima revisión
01	TODO	OCTUBRE 2013	ENERO 2015

MANUAL PROCEDIMIENTO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO CONVENIO ASISTENCIAL DOCENTE.

CESFAM

INTRODUCCIÓN:

Elaborado por:
Claudia Teillier Nazal
Alejandra Astudillo González
Unidad de Calidad

Revisado por:
Director de CESFAM

Aprobado por:
Sandra Larenas Morales
Dirección Departamento de Salud



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Código: CAL N° 05
Edición: 01
Fecha: Octubre de 2013
Páginas: 1 DE 5
Vigencia: ENERO 2015

En el marco de la seguridad y dignidad del paciente, característica obligatoria del Manual de Acreditación de la atención abierta, el presente documento pretende orientar a los profesionales y tutores de estudiantes respecto a la obtención del consentimiento por parte del usuario ante la atención o procedimiento realizado de acuerdo al convenio asistencial docente vigente.

2

OBJETIVO:

Asegurar que el paciente que es atendido por un estudiante consienta y autorice este acto.

PERSONAS QUE AFECTA: Usuarios, profesionales y estudiantes.

AREAS QUE AFECTA: Atención primaria en salud

REFERENCIAS: Manual estándar general de acreditación para prestadores de atención abierta, ley 20.584 de deberes y derechos de los pacientes, convenios asistencial docente vigentes.

RESPONSABLES: tutores y/o profesionales.

OBSERVACIONES: En caso de un menor de edad, siempre debe estar acompañado por un adulto y es esta persona quien debe firmar el consentimiento una vez que el profesional le explique que será atendido por un estudiante con supervisión de un profesional.

CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- ✓ Es una hoja tamaño carta
- ✓ Es de uso comunal
- ✓ Se debe consignar el Centro de Salud

Elaborado por:
Claudia Teillier Nazal
Alejandra Astudillo González
Unidad de Calidad

Revisado por:
Director de CESFAM

Aprobado por:
Sandra Larenas Morales
Dirección Departamento de Salud



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Código: CAL N° 05
Edición: 01
Fecha: Octubre de 2013
Páginas: 1 DE 5
Vigencia: ENERO 2015

- ✓ Se debe consignar la fecha de explicación del procedimiento y/o atención al usuario que debe ser la misma en que se realiza el procedimiento o la atención.
- ✓ Se especifica la atención y/o procedimiento a efectuar.
- ✓ Establece que mediante la firma del usuario o impresión digital de éste o su representante legal, comprendió que será atendido por un estudiante.
- ✓ Debe registrar el nombre y firma tanto del usuario como del profesional quien supervisará la atención o procedimiento así como la del estudiante que realizará la atención.
- ✓ El documento debe quedar archivado y a cargo del coordinador de campos clínicos del establecimiento.
- ✓ Si el paciente rechaza la atención por estudiante, el supervisor o profesional realiza la atención al usuario.
- ✓ Los casos en que se requerirá consentimiento informado para que la atención sea realizada por un estudiante serán:
 - ❖ Toma de PAP
 - ❖ Extracción Dental
 - ❖ Inserción de DIU
 - ❖ Curación avanzada
 - ❖ Instalación de Sonda Vesical

3

PROCEDIMIENTO:

Elaborado por:
Claudia Teillier Nazal
Alejandra Astudillo González
Unidad de Calidad

Revisado por:
Director de CESFAM

Aprobado por:
Sandra Larenas Morales
Dirección Departamento de Salud



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Código: CAL N° 05
Edición: 01
Fecha: Octubre de 2013
Páginas: 1 DE 5
Vigencia: ENERO 2015

I. MUNICIPALIDAD DE DEPARTAMENTO DE SALUD		PROCEDIMIENTO	PAGINA	1/1
		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Obtención del consentimiento informado	FECHA	Mayo 2013
			VERSION	01
ATENCIÓN PRIMARIA			RESPONSABLE: PROFESIONAL O SUPERVISOR	
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES				
P A S O	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO	
1	PROFESIONAL O SUPERVISOR	EXPLICA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO AL USUARIO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2	PROFESIONAL O SUPERVISOR	FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PROFESIONAL Y PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
3	ESTUDIANTE	FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
3	PROFESIONAL O SUPERVISOR	ENTREGA DE CONSENTIMIENTO FIRMADO AL COORDINADOR ASISTENCIAL DOCENTE	ARCHIVO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ASISTENCIAL DOCENTE.	



Elaborado por:
Claudia Teillier Nazal
Alejandra Astudillo González
Unidad de Calidad

Revisado por:
Director de CESFAM

Aprobado por:
Sandra Larenas Morales
Dirección Departamento de Salud



Diagrama de Flujo

