

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



“PROCEDIMIENTO CHECK LIST PARA LA VALIDACIÓN DE LA COMPRESIÓN  
POR EL PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO”

PROCESO: Calidad

SUBPROCESO: N/A

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Dra. Ximena Cobo	Responsable de Calidad	30/04/2020	<p><b>ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b></p>
Revisado por:	Dra. Malena Ortiz	Directora Asistencial	22/05/2020	<p>Dra. Dorys Malena Ortiz Galarza DIRECTORA ASISTENCIAL Cód. 1713829008</p>
Validado por:	Dra. Ximena Cobo	Responsable de Calidad	22/05/2020	
Aprobado por:	Dr. Rene Enriquez	Gerente Hospital General Docente de Calderón	22/05/2020	



### Contenido

1. OBJETIVO:.....	¡Error! Marcador no definido.
2. ALCANCE:.....	¡Error! Marcador no definido.
3. RESPONSABLES:.....	¡Error! Marcador no definido.
4. DEFINICIONES:.....	¡Error! Marcador no definido.
5. DESCRIPCIÓN:.....	4
Desarrollo de procedimiento.....	4
6. DISTRIBUCIÓN .....	4
7. CONTROL DE CAMBIOS .....	4
8. ANEXOS.....	5



**1. OBJETIVO:**

Validar la comprensión básica por parte del paciente de la información brindada en el consentimiento informado sobre el procedimiento a ser realizado.

**2. ALCANCE:**

Todos los servicios del Hospital General Docente de Calderón

**3. RESPONSABLES:**

- **Responsable de la Supervisión:** Comité de ética asistencial, departamento de asesoría jurídica, unidad de calidad, dirección asistencial.
- **Responsable de la Aplicación:** Encuestadores de cada servicio donde se elabore el consentimiento informado
- **Responsable del Monitoreo del Indicador:** Cada servicio que aplicará el consentimiento informado para proceder a los siguientes pasos: validación ética, validación jurídica, validación metodológica.

**4. DEFINICIONES:**

**Consentimiento Informado (CI):** Proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud.

**Entrevista:** La conversación de dos o más personas para tratar un asunto. Es una técnica de comunicación que requiere el conocimiento de técnicas de comunicación verbal, un guion estructurado y tener una finalidad específica. Por otro lado, es un instrumento excelente en la investigación cualitativa.

**Cuestionario o check list:** Es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento luego de comprobada su correcta comprensión.

Tanto las entrevistas como los cuestionarios o check list basan su información en la validez de la información verbal de percepciones, sentimientos, actitudes o conductas que transmite el encuestado, información que, en muchos casos es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida o a una puntuación.



## 5.- DESCRIPCIÓN

### 5.1. Desarrollo del Procedimiento

El encuestador (Médico tratante), será el encargado de validar el Consentimiento Informado con la ayuda de este check list, siempre y cuando de un 100% de aceptación en las respuestas. (Anexo No. 01)

El encuestador (Médico tratante) se dirige al encuestado (paciente), se presenta y procede a preguntar cada ítem del check list, tomando en consideración el nivel de instrucción del encuestado. El encuestador debe estar presto a informar cualquier pregunta para que el encuestado (Paciente) obtenga la satisfacción a sus dudas.

Los resultados obtenidos de las encuestas, deben reposar en el servicio y una copia del consolidado ser enviada al Comité de Ética, Unidad de Calidad y Dirección Asistencial.

## 6. DISTRIBUCIÓN

A todos los servicios asistenciales del Hospital General Docente de Calderón, a través de la intranet Institucional.

## 7. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
30/04/2020	Inicial	N/A	001



**8. ANEXOS**

**Anexo No. 01**

Check List para la validación de la comprensión por el paciente del consentimiento informado.

**CHECK LIST PARA LA VALIDACIÓN DE LA COMPRENSIÓN POR EL PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre y apellidos del paciente	
Cédula de Identidad	
Edad	
Nivel de Instrucción	
Servicio	
Consentimiento Informado (procedimiento a realizar ) para	
Nombres, apellidos y firma del encuestador	

1. Considera usted que la información brindada en el Consentimiento Informado ha sido suficiente en relación al procedimiento a realizarse:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Considera usted que le resulta entendible la información del texto del Consentimiento Informado:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Usted entiende que es libre y capaz de acepta, negar, y revocar este Consentimiento Informado:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Considera que el Consentimiento Informado le ofrece una alternativa auténtica o correcta en correspondencia a su estado real de salud:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Usted está en la capacidad de explicar con sus palabra el procedimiento que se le va a realizar:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de dudas o preguntas sobre el consentimiento informado, usted considera que su encuestador le ha explicado con claridad suficiente que le ayude a despejar las mismas:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>