



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 066 -2026-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 10 FEB 2026

### VISTO:

El Registro N°0872, que contiene el Informe No. 020-2026-SERV.REHA-HHUT.DRS.T/GOB.REG.TACNA, emitido por la Responsable del PPR 0129 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHUT, respecto a la aprobación del formato denominado "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN"; y,

### CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de la Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA se aprueba la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN, tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras;

Que, mediante Informe No. 020-2026-SERV.REHA-HHUT.DRS.T/GOB.REG.TACNA, emitido por la Responsable del PPR 0129 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHUT, quien señala que habiendo sido revisado el formato de consentimiento informado del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación por Oficina de Calidad y de acuerdo a con la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN para la Gestión de las Historias Clínicas, solicita la revisión y aprobación mediante acto resolutivo;

Que, a fin de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Responsable del PPR 0129 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHUT, por lo que resulta oportuno emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando formato denominado "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN", de acuerdo al marco normativo vigente;

Con la aprobación de la Dirección Ejecutiva, la visación del Departamento de Medicina y de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se dispone emitir el acto resolutivo correspondiente;

Que, conforme al Manual de Organización y Funciones, aprobada con Resolución Directoral N°089-2015-ORG-OPE-DIRECC.EJEC.-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 19 de Febrero del 2015, se estipula en el literal r) Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia; y en concordancia con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el TUO de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General; Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, sus modificatorias según Leyes N° 27902, 28013 y 29053; y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA;





**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

N° *066* -2026-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 10 FEB 2026

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el formato denominado “**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**”; por las razones expuestas en la parte considerativa y cuyo anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER** a la Unidad de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el Portal Institucional ([www.hospitaltacna.gob.pe](http://www.hospitaltacna.gob.pe)) en cumplimiento a la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y acceso a la información Pública y su modificatoria.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HIPOLITO UNZUETA DE TACNA

*[Handwritten Signature]*  
MED. EDDY R. VICENTE CHOQUE  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT  
CIAP N° 26124 RNE N° 33591

ERVCh/gmbh  
Cc. Arch.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION**

En Condición de: Padre/Madre ( ). Apoderado/Tutor legal del/la paciente ( ).  
 Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
 Identificado (a) con: DNI ( ). C.E. ( ). PASAPORTE ( ) N° \_\_\_\_\_.  
 Con Domicilio: \_\_\_\_\_.  
 Cel y/o Telf: \_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
 Identificado (a) con: DNI ( ). C.E. ( ). PASAPORTE ( ) N° \_\_\_\_\_.  
 Con Domicilio: \_\_\_\_\_.  
 Cel y/o Telf: \_\_\_\_\_.

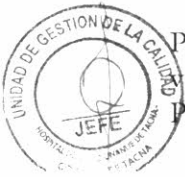
El Medico tratante: \_\_\_\_\_ con CMP/RNE N° \_\_\_\_\_.  
 El Profesional de salud: \_\_\_\_\_ con CTMP N° \_\_\_\_\_.  
 Quien me informa acerca del/los PROCEDIMIENTOS:

\_\_\_\_\_ más apropiado(s) para mi Diagnostico Medico: \_\_\_\_\_  
 CIE10: \_\_\_\_\_. También se me ha informado/explicado de las incomodidades, riesgos, ventajas, beneficios, del/los PROCEDIMIENTO a realizarme y de las posibles alternativas. Con la finalidad de la pronta mejoría y recuperación de mi estado de salud. que afectan el movimiento, la fuerza, la flexibilidad y la capacidad funcional de mi cuerpo.

He realizado las preguntas que considero adecuadas y oportunas a mi condición de salud, en la que el profesional de salud, me respondió con palabras adecuadas para mi entendimiento.

Por lo tanto, con la información brindada, de manera completa y oportuna, sin presión yo voluntaria y libremente DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización del/los PROCEDIMIENTO (S) Y PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO (S).

Tacna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_



Firma

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI. CE. Pasaporte N° \_\_\_\_\_



Sello y Firma del Personal de Salud

CMP/RNE N° \_\_\_\_\_

CTMP N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

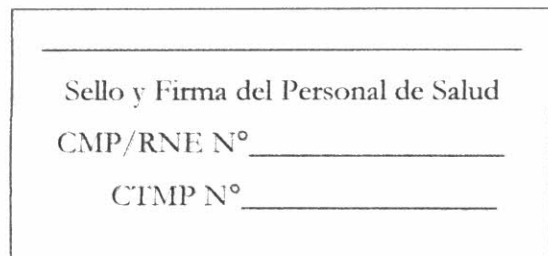
Tacna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_



Firma

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI. CE. Pasaporte N° \_\_\_\_\_



Sello y Firma del Personal de Salud

CMP/RNE N° \_\_\_\_\_

CTMP N° \_\_\_\_\_