



PERÚ

Ministerio  
de Educación

Área de Gestión de la  
Educación Básica Regular y  
Especial

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Santiago de Surco, 19 MAR. 2018

**OFICIO MÚLTIPLE N° 046 -2018/ MINEDU/VMGI/DRELM/UGEL.07-AGEBRE**

Señores

**Directores de las Instituciones Educativas de los niveles de inicial, primaria y secundaria del ámbito de la UGEL 07**

Presente.-

**ASUNTO** : Verificación del tratamiento odontológico realizado a los asegurados escolares del SIS, durante los años 2015 y 2016, por IPRESS privadas.

**REFERENCIA** : CORREO N°092 – 2018-SIS/GMR CEN MED-UDR LIMSU/PEP-VDCM Expediente SINAD N° 24476-2018

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y hacer de su conocimiento que el Seguro Integral de Salud (SIS), llevará a cabo, en los meses de marzo a julio de 2018, la verificación del tratamiento odontológico realizado a los asegurados escolares del SIS, durante los años 2015 y 2016 por la IPRESS privada, en virtud al Procedimiento Especial de Contratación de Servicios de Salud N°002-2015-SIS.

En ese sentido, para proceder con dicha actividad, será necesaria la respectiva declaración jurada de (el) (la) padre/madre/apoderado de los asegurados escolares del SIS, antes de la intervención.

Por tal motivo, solicito a usted, brinde las facilidades del caso en su institución, identificando a los estudiantes que recibieron tratamiento odontológico recuperativo durante los años 2015 y 2016 por la IPRESS privada contratada por el SIS y gestione con ellos el "Consentimiento informado", para lo cual, remitimos el modelo de manera adjunta.

Agradeciendo anticipadamente su gentil atención y colaboración, quedo de usted.

Atentamente,



  
Mg. Graciela Marilú Zarate Solano  
Jefe del Área de Gestión de la Educación  
Básica Regular y Especial - UGEL 07

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE VERIFICACIÓN DE  
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS RECUPERATIVOS**

**INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO**

Señor(a) se le comunica que el Seguro Integral de Salud (SIS) a través de Cirujanos Dentistas realizará el procedimiento de examen odontológico con la finalidad de verificar los tratamientos recuperativos de curaciones y extracciones dentales, realizadas a los escolares asegurados SIS durante los años 2015 y 2016 por IPRESS privadas contratadas por el SIS.

Durante esta verificación se podrá tomar fotos a la cavidad bucal del escolar asegurado SIS.

Se precisa que el examen bucal realizado en el asegurado escolar SIS, no presenta ningún riesgo para el menor, asimismo, no conlleva la realización otro tipo de procedimientos.

Considerando que el Reglamento de la Ley N°29414 señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria cuando se trate de exploración; Dado que para la verificación de los tratamientos odontológicos brindados, se realizará un examen odontológico en el asegurado escolar SIS; se solicita su consentimiento para dicha verificación.

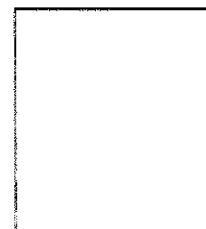
**EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....identificado(a) con DNI N°  
.....Padre (     )/Madre(     ) o apoderado (     ) del estudiante  
.....identificado con DNI N°  
.....declaro haber recibido y entendido la información brindada sobre el  
procedimiento de verificación que se realizará a mi menor hijo(a) y doy mi consentimiento para que  
los Cirujanos Dentistas contratados por el SIS realicen dicha verificación.

En relación a la toma de fotografías:

Si consiento que se tomen fotografías solo de la cavidad oral   SI(    )    NO (    )

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma padre/ madre o Representante legal



Huella Digital