

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA A CUYO CUIDADO SE
ENCUENTRE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE (NNA)**

En el contexto de la emergencia sanitaria por la declaración de pandemia de SARS- CoV-2, una de las estrategias más efectivas para contenerla es la búsqueda activa de casos positivos.

La detección temprana produce un beneficio para el NNA afectado, que accederá a tratamiento oportuno, así como también para su familia, su comunidad escolar y la población en general.

Para ello se está llevando a cabo la estrategia de búsqueda activa de casos en la comunidad escolar con test de antígenos nasal (no nasofaríngeo).

Entiendo que este es un procedimiento no invasivo que permite la detección del antígeno del virus SARS-CoV-2, utilizado para el diagnóstico de COVID-19. Consiste en la obtención de muestra por vía nasal que será analizada por medio de la técnica del test de antígeno, obteniendo resultados en un periodo de 15 a 30 minutos. El procedimiento no presenta riesgos para el NNA.

En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado positivo, se le comunicará el resultado y luego se contactará al teléfono que se indique en este documento, o al contacto de emergencia consignado en el registro escolar. Se le mantendrá en aislamiento, de acuerdo al protocolo del establecimiento y en supervisión de personal educativo, hasta que sea retirado del recinto para su aislamiento definitivo.

En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado no concluyente, se realizará un test PCR para complementar resultado previo.

En caso de que mi hijo sea usuario de programa PIE me comprometo a asistir al operativo para dar apoyo, contención y acompañamiento a mi hijo en el proceso de registro, toma de muestra y entrega de resultado.

Se resguardará la confidencialidad de los datos personales de mi hijo(a), sin perjuicio de su análisis por parte del Ministerio de Salud para efectos epidemiológicos.

Manifiesto que he entendido en qué consiste esta estrategia de testeo, y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que mi hijo(a) tiene como usuario(a) de establecimientos de salud, así como tampoco le afectará en su colegio y en ningún caso podrá ser sancionado(a) ni juzgado(a) por ello. Por lo anterior, manifiesto que:

Nombre padre/ representante legal/ cuidador:
RUT padre/ representante legal/ cuidador:
Nombre Estudiante:
Rut Estudiante:
Edad Estudiante:
Teléfono de contacto vigente
Dirección domicilio particular actualizado
Nombre de contacto de emergencia vigente
Nombre de quien trasladará a su hijo/a
Correo Electrónico vigente
Autorizo la toma de muestra de mi hijo o pupilo:
SI NO
Firma
FECHA
Nombre Establecimiento Educacional:
Curso:

Nota: Tomo conocimiento que, en caso de no entregar este consentimiento firmado en la dirección del establecimiento educacional dentro de un plazo máximo de 3 días hábiles, el equipo de salud dará por aceptada la autorización para realizar el test.