









## CONSENTIMIENTO INFORMADO CONTROL DE SALUD ESCOLAR

Estimada(o) Apoderada(o):

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación está realizando controles de salud a niños y niñas desde kínder hasta 4to básico. Los controles tienen como objetivo detectar enfermedades y problemas frecuentes en la edad escolar con el fin de derivar oportunamente para su tratamiento. El control de salud consta de una entrevista y de un examen físico (**NO se realiza evaluación genital**). Luego de esto se enviarán los diagnósticos e indicaciones a cada familia por escrito y se realizarán actividades de fomento de la salud en la escuela.

Se evalúa principalmente los siguientes aspectos presencial en el colegio:

*Este control considera una entrevista de salud al escolar y la evaluación de:*

	<b>Peso y talla</b>		<b>Presión Arterial</b>		<b>Columna</b>		<b>Postura/marcha</b>
	<b>Agudeza visual</b>		<b>Dental</b>		<b>Pies</b>		<b>Piel y mucosas</b>

### IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE Y APODERADO

<b>NOMBRE COMPLETO:</b>						
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>			<b>RUT</b>			
<b>COLEGIO</b>			<b>CURSO</b>			
<b>NOMBRE APODERADO:</b>						
<b>¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL NIÑO O LA NIÑA?</b>	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro : _____					
<b>DIRECCIÓN:</b>						
<b>COMUNA:</b>			<b>TELEFONO</b>			
<b>PREVISIÓN:</b>	<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> DIPRECA <input type="checkbox"/> CAPREDENA <input type="checkbox"/> SIN PREVISIÓN					
<b>¿EL/LA ESCOLAR ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN CENTRO DE SALUD (CONSULTORIO)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD QUE RECIBE ATENCIONES, SI ES POSIBLE INDIQUE SECTOR AL QUE PERTENECE.</b>						

Si autorizo a que el estudiante reciba el control de salud \_\_\_\_\_

No autorizo a que el estudiante reciba el control de salud \_\_\_\_\_

**FIRMA APODERADO**

## CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL 5 A 9 AÑOS

Este cuestionario debe ser contestado por la **MADRE, PADRE O EL/LA CUIDADOR/A PRINCIPAL** y tiene como objetivo apoyar el control de salud del escolar. Es de suma importancia que ud responda completa y verídicamente para poder detectar **problemas genitourinarios, respiratorios o sospechas de desarrollo precoz** ya que el control en el establecimiento educacional **NO INCLUYE EVALUACIÓN GENITAL**.

Las respuestas a este cuestionario serán **CONFIDENCIALES** (de conocimiento del profesional de la salud).

**Marque una X la opción que corresponda a su hijo/a:**


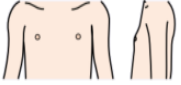

	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	¿Se orina (o se hace pipí) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al orinar (hacer pipí)?		
3	¿Elimina deposiciones de manera involuntaria (se hace caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Ha visto en el último mes parásitos (gusanos) en sus deposiciones (caca) o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzoncillos con secreción o deposiciones (caca) en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor picazón frecuente o dolor en genitales?		
8	¿La piel que recubre el pene es estrecha y no permite salir la cabeza del pene? <b>NIÑO</b>		
9	¿Uno o ambos testículos están ausentes en escroto (bolsita)? <b>NIÑO</b>		
10	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
11	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
12	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
13	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
14	¿Ronca de noche?		
15	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
16	Ha presentado su primera menstruación <b>NIÑA</b>		
17	¿Qué edad (años y meses) tenía la niña cuando tuvo su primera menstruación? <b>NIÑA</b>		
18	Presenta actualmente piojos en su pelo		


### ETAPAS DEL DESARROLLO

Si requiere ayuda en esta sesión puedes consultar escaneando el siguiente código qr 



Si es **NIÑA** indique con una X la etapa del desarrollo en que se encuentra.

ESTADIO	MAMAS (PECHO)	INDIQUE ESTADIO	VELLO PÚBLICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE ESTADIO
Estadio 1	 No tiene desarrollo alguno.		No hay pelos en zona púbica.	
Estadio 2	 Aumento de volumen (como una lenteja o más grande) duro, a veces doloroso, bajo el pezón.		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis.	
Estadio 3	 Crecimiento de la mama y del pezón, mayor color en pezón.		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Estadio 4	Mayor aumento de la mama, con la areola (parte de color) más		El vello tiene las características del adulto,	

		oscura y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).		abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas).	
--	---	---	--	--	--

Si es **NIÑO** indique con una X la etapa del desarrollo en que se encuentra.

ESTADIOS	GENITALES (PENE Y TESTÍCULOS)	INDIQUE	VELLO PÚBICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE
<b>Estadio 1</b>	El pene y testículos siguen siendo infantiles.		No hay pelos en zona púbica.	
<b>Estadio 2</b>	El escroto (bolsa donde van los testículos) está enrojecido y arrugado, los testículos aumentan de tamaño levemente (2,5 cm de largo), el pene no se ha modificado.		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis.	
<b>Estadio 3</b>	El pene se engrosa, los testículos siguen aumentando de tamaño (3,5 a 4 cm de largo).		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
<b>Estadio 4</b>	El pene se engrosa más y hay mayor desarrollo del glande (cabeza). Los testículos siguen aumentando de tamaño (4 a 4,5 cm de largo).		El vello tiene las características del adulto, más abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas).	

**Para finalizar indiquenos:**

Si su hijo/a presenta algún tipo de enfermedad o condición y/o alergia señale que medicamentos utiliza.

---



---



---

Ha sido sometido a alguna cirugía

---



---

Con quién vive el niño/a, ¿Quién es el jefe de hogar? ¿Cómo es la relación con su familia?

---



---



---

Presenta alguna inquietud, respecto al estado de salud del niño.

---



---



---

**SI PRESENTA DUDAS Y CONSULTAS:**

[programaescolarthno@gmail.com](mailto:programaescolarthno@gmail.com)