



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL SOBRE CONTROL DE SALUD INTEGRAL

He sido informado/a que el Centro de Salud \_\_\_\_\_ está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes" en los establecimientos educacionales. Este Control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este Control dura aproximadamente 45 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán una evaluación nutricional (medirán talla, peso y perímetro de cintura, con ropa y sin zapatos), evaluación musculoesquelética, medirán presión arterial y examen visual.

La información compartida por el o la adolescente y el desarrollo del Control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo su vida o la de terceras personas, o cualquier otra situación grave que amerite que yo esté en conocimiento (ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud - GES, entre otras). Frente a esta situación el equipo de salud informará a la o el adolescente y tomará contacto conmigo para informar la situación y las acciones que se realizarán para resguardar su salud.

En caso de que la o el adolescente sea beneficiaria/o de FONASA y necesite otra atención, se me ha informado que será derivado/a a la red de salud pública. Si es ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud. También he sido informado/a que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este Control, y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que la o el adolescente tiene como usuario/a de el establecimiento 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, doy mi consentimiento para la realización del Control de Salud de la o el adolescente, en su establecimiento educacional.

Si el o la adolescente no brinda su asentimiento o consentimiento para la realización del Control, prevalecerá esta decisión pese a su autorización como padre/madre/tutor legal.

En caso de no aceptar, debo entregar este consentimiento firmado a la dirección del colegio.

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR:		
RUT:		
AUTORIZA A PARTICIPAR:	SI	NO
FIRMA:		

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL:		
RUT:		
FIRMA:		

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_