



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.

Entiendo que este es un procedimiento que permite la detección del antígeno del virus SARSCoV-2, utilizado para el diagnóstico de COVID-19. Consiste en la obtención de muestra por **VÍA NASAL de tipo NO INVASIVO (distinto a hisopado nasofaríngeo de PCR convencional)** que será analizada por medio de la técnica del test de antígeno, obteniendo resultados en un periodo de 15 a 20 minutos. El procedimiento **no presenta riesgos** para el paciente.

El operativo corresponde a un **testeo de tipo seriado**. En el que se incluyen un testeo inicial, en donde todo aquel paciente que arroje resultado negativo **debe ser testeado nuevamente en una segunda instancia a las 48 a 96 hrs posteriores al primer testeo**.

En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado positivo o no concluyente, 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 con el protocolo del establecimiento, hasta que sea retirado del recinto para su aislamiento definitivo.

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 individuo(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 del padre/representante legal/cuidador	
RUN del apoderado	
Teléfono del apoderado	
Correo electrónico del apoderado	
Nombre del estudiante	
RUN del estudiante	
Fecha de nacimiento del estudiante	
Nacionalidad del estudiante	
Dirección del domicilio del estudiante	
Curso del estudiante	
Nombre de quien trasladara a su hijo	
Nombre del establecimiento educacional	
AUTORIZO TESTEO EN ESTABLEICMIENTO EDUCACIONAL (MARCAR CO UNA X)	
SI	NO
FIRMA	FECHA