**Consentimiento Informado para Acciones de Salud en Establecimientos Educacionales de la Comuna de Providencia 2025**

**Estimada(o) Madre, Padre y/o Apoderada (o):**

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación realizan año tras año supervisiones de salud a niños, niñas y adolescentes en sus Establecimientos Educacionales, de manera de fomentar las condiciones óptimas de salud para favorecer su desarrollo integral y de esta forma detectar factores de riesgo de manera oportuna.

Estas acciones pueden abarcar control de peso y talla, entrevista individual, examen físico (salvo evaluación genital), atenciones dentales, consejerías, ferias y talleres grupales en promoción y prevención en salud, actividades que son desarrolladas por Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, Enfermeras, Matronas y Odontólogos, entre otros Profesionales del área de la salud.

Luego de cada intervención que se realice se enviarán los diagnósticos e indicaciones a cada familia, así como también se informará de eventuales derivaciones requeridas al CESFAM o sistema de salud que corresponda.

**Identificación del estudiante y apoderada/o**

Completar digitalmente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo estudiante |  | | |
| RUT |  | Fecha de Nacimiento  Día/mes/año |  |
| Colegio | Liceo N°7 de Providencia | Curso/Nivel  2025 |  |
| Nombre Completo Apoderada/o |  | | |
| Dirección/Comuna |  | | |
| Fono Contacto |  | Correo Electrónico |  |
| Previsión de Salud  (Fonasa- Isapre-Otro) |  | Centro de Salud correspondiente | |
| Cuenta con  Seguro Escolar Privado  (No, Si-Nombre) |  |
| Enfermedad física o sicológica que requiera controles regulares, medicamentos o dispositivos clínicos, especificar. | | | |

**¿Usted autoriza a Profesionales de Salud de la comuna de Providencia a que realicen intervenciones de salud al niño, niña o joven en el Establecimiento Educacional al que asiste? (marcar con X)**

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** Autorizo | **NO** Autorizo |
| Motivo del rechazo: | |

Firma Responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si requiere de información adicional, favor contactarse con [unidad.enfermeria@liceosiete.cl](mailto:unidad.enfermeria@liceosiete.cl)