**Consentimiento Informado para Acciones de Salud en Establecimientos Educacionales de la Comuna de Providencia 2024**

**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)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Estudiante |  | | |
| RUT |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Colegio | Liceo N°7 de Providencia | Curso/Nivel 2024 |  |
| Nombre Apoderada (o) |  | | |
| Dirección |  | | |
| Fono Contacto |  | Previsión de Salud |  |
| Correo Electrónico |  | Centro de Salud correspondiente |  |

**¿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, según corresponda con:

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL** | **CORREO** |
| LICEO SIETE | unidad.enfermeria@liceosiete.cl |
| LICEO J.V LASTARRIA | unidad.enfermeria@liceolastarria.cl |
| COLEGIO PROVIDENCIA | unidad.enfermeria@escuelaprovidencia.cl |
| LICEO A. ALESSANDRI P. | unidad.enfermeria@liceoalessandri.cl |
| COLEGIO JUAN PABLO DUARTE | unidad.enfermeria@colegiojuanpabloduarte.cl |
| LICEO CARMELA CARVAJAL | unidad.enfermeria@liceocarmelacarvajal.cl |
| COLEGIO EL VERGEL | unidad.enfermeria@colegioelvergel.cl |
| COLEGIO MERCEDES MARIN | unidad.enfermeria@colegiomercedesmarin.cl |
| LICEO TAJAMAR | unidad.enfermeria@liceotajamar.cl |