

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA A
CUYO CUIDADO SE ENCUENTRE EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE (NNA)**

La detección temprana de COVID-19 será beneficiosa para NNA, ya que les permite acceder oportunamente a un manejo adecuado de la enfermedad. Asimismo, lo será para su familia, comunidad escolar y la población en general.

La detección temprana colaborará en la detección de brotes por COVID-19 en los establecimientos educacionales. Con dicho objeto, será necesario realizar una búsqueda activa de casos en las comunidades escolares mediante el uso de los test de antígeno nasal. Este es un procedimiento no invasivo y de corta duración, que permite la detección del antígeno del virus SARS-CoV-2 (utilizado para el diagnóstico de COVID-19).

El resultado de este examen se registrará en las plataformas de Ministerio de Salud y sus SEREMIS (plataformas confidenciales) y se comunicará al teléfono de contacto que se indique en este documento o el consignado en el registro escolar. La persona sólo podrá reincorporarse a sus actividades dentro del EE si el resultado de este examen es negativo. De lo contrario, se mantendrá en aislamiento de acuerdo con el protocolo del EE y la normativa Vigente.

En el caso que mi hijo(a) arroje un resultado positivo, se puede ofrecer el análisis genómico del virus. Para ello se le solicitara que acepte realizarse el mismo día un PCR, a través de una muestra de secreción nasofaríngea, sin costo.

Se resguardará la confidencialidad de los datos personales de mi hijo(a).

Manifiesto que he entendido en que consiste la estrategia de testeo y sus procedimientos; que he recibido información adecuada, suficiente y comprensible y que; mi hijo/a ha sido informado y se le ha oído.

Manifiesto que he entendido que el presente documento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de suscripción; que es revocable y que; si dentro de los siguientes 3 días no he adoptado una decisión, se podrá realizar un testeo.

Manifiesto que he entendido que si decido denegar que mi hijo/a se someta a este procedimiento ello no afectara los beneficios que éste/a tiene en los establecimientos de salud y en su establecimiento educacional y que, en ningún caso podrá él/ella y/o yo ser sancionado ni juzgados por ello.

Por lo anterior, manifiesto que libre, voluntaria e informadamente:

Nombre padre/madre/representante legal/cuidador:		
RUT:	Teléfono:	
Correo electrónico:		
Nombre del estudiante:		
RUT:	Curso del estudiante:	
Dirección de domicilio:		
Nombre de quien trasladara a su hijo/a:		
Nombre del establecimiento educacional:		
AUTORIZO TESTEO EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (MARCA CON UNA X)		
SI	NO	RAZÓN:
FIRMA		FECHA: