



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL INGRESO A UNIDAD ADULTO DEL HDS

YO, _____, RUN: _____

Mediante el presente, declaro **conocer, entender y aceptar** las condiciones de mi hospitalización por el tiempo que el equipo tratante considere necesario. Se me ha informado que seré evaluado/a, diagnosticado/a y tratado/a. Para esto, el equipo podrá realizar exámenes psicológicos, de sangre, orina u otros, y tratamientos de terapia ocupacional, medicamentosos y psicológicos; ya sea en forma individual o en grupo con otros pacientes. Acepto cooperar participativamente en estos procesos.

Considerando que este es un establecimiento asistencial docente (con personas en formación) el equipo multidisciplinario que me atiende puede estar integrado por estudiantes de universidades u otros centros de formación.

Declaro además conocer la existencia de un circuito cerrado de televisión, el cual es utilizado por el equipo clínico únicamente para vigilar y prevenir conductas de riesgo.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado

ACEPTO RECHAZO

Firma o huella del paciente:

Firma o huella del familiar / referente:

Nombre médico tratante: _____ RUT: _____

FIRMA _____ VALPARAISO _____ DEL 20__



CONSENTIMIENTO INFORMADO INGRESO A UNIDAD NIÑO, NIÑA ADOLESCENTE (referente)

YO, _____ RUT: _____ Tutor, madre o padre
de: _____

Mediante el presente, declaro **conocer, entender y aceptar** las condiciones de la hospitalización de mi hijo/a (o representado/a) por el tiempo que el equipo tratante considere necesario. Se me ha informado que se realizarán procedimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Para esto, el equipo podrá realizar exámenes psicológicos, de sangre, orina u otros, y tratamientos de terapia ocupacional, medicamentosos y psicológicos; y sea en forma individual o en grupo con otros pacientes.

Acepto cooperar participativamente si fuera citado por un profesional

Considerando que este es un establecimiento asistencial docente (con personas en formación) el equipo multidisciplinario que atiende puede estar integrado por estudiantes de universidades u otros centros de formación.

Declaro además conocer la existencia de un circuito cerrado de televisión, el cual es utilizado por el equipo clínico únicamente para vigilar y prevenir conductas de riesgo.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado

ACEPTO RECHAZO

Firma o huella del familiar / referente:

Nombre médico tratante: _____ RUT: _____

FIRMA _____ VALPARAISO _____ DEL 20__



CONSENTIMIENTO INFORMADO INGRESO A UNIDAD NIÑO, NIÑA ADOLESCENTE (usuario)

YO, _____ . RUN: _____

He comprendido las explicaciones que han dado en un lenguaje claro y sencillo. El/la médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado dudas que he planteado

Acepto ingresar al Hospital del Salvador:

SI NO

Firma o huella:

Nombre médico tratante: _____ RUT: _____

FIRMA _____ VALPARAISO _____ DEL 20__



ASENTIMIENTO LEY MILA (para usuarios menores de 19 años)

Yo,....., RUN....., de..... Años, autorizo a..... como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en la unidad: del Hospital Psiquiátrico del Salvador, declaro que:

Además, se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
• Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
• Puede ser durante las 24 horas.
• Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
• Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
• Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

Se me ha informado que mi acompañante no puede:

- Disponer del baño de pacientes.
• Entregarme elementos sin autorización del personal
• Recostarse en mi cama o en el suelo.
• Sacar fotos ni usar celulares

Se me informó que el acompañamiento se podrá restringir cuando:

- Yo lo solicite.
• El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
• Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
• Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
• Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
• Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

Table with 4 columns: SI ACEPTO, empty box, NO ACEPTO, empty box

..... FIRMA DE ACOMPAÑANTE

NOMBRE PROFESIONAL:

RUN:

FIRMA:

Valpo, ___ de ___ de 20__



ASENTIMIENTO LEY MILA (para acompañantes de usuarios menores de 19 años)

Yo,.....RUN acompañante deque se encuentra en la unidad: del Hospital Psiquiátrico del Salvador, declaro que:

Se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
● Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del NNA.
● Puede ser durante las 24 horas.
● Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas
● Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
● Implica colaborar en el cuidado y atención del menor de edad, según las indicaciones del equipo

Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

Se me ha informado que el Servicio:

- Cuenta con elementos para pasar la noche (silla, bergere, etc), para comer y un baño
● El ingreso o recambio del acompañante deberá ser en los horarios acordados
● Tiene un horario definido para entrega de información

Se me ha informado que NO se permite:

- Disponer del baño de pacientes.
● Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
● intervenir en normas, instrucciones y lineamientos definidos previamente en la unidad, ya que estos se generan en relación al proceso terapéutico
● El uso de celulares ni sacar fotos

Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando el equipo a través de su tratante lo defina, ya sea por:

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
● El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial.
● Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
● El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
● El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
● Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.

SI ACEPTO NO ACEPTO

FIRMA DE ACOMPAÑANTE

NOMBRE PROFESIONAL:

RUN:

FIRMA:

Valpo, ___ de ___ de 20__