

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO
EN ATENCIÓN CERRADA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

**DECLARACIÓN INFORMADA
(A llenar de puño y letra por el acompañante)**

YO _____, **R.U.T.** _____,
acompañante de _____,
que se encuentra en el Servicio _____,
de la Institución _____ 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 por el Establecimiento de Salud. etc.
- 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 NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).

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 _____ para pasar la noche (silla, bergere, etc.).
- Cuenta con: _____ para comer y asearme (microonda, ducha, etc.).
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser desde las _____ hasta las _____. En otro horario, deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario 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.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.

Se me ha informado que **se podrá restringir el acompañamiento** cuando:

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial⁸.
- 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.

Obtención de Declaración	FECHA firma declaración: ____/____/____	HORA:
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Acompañante		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

⁸ Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.