

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE SOBRE EL  
ACOMPañAMIENTO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

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

Yo, \_\_\_\_\_, R.U.T. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años,  
autorizo a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de  
salud, en el Servicio \_\_\_\_\_, en la Institución

---

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.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me 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 de la sala, sin su asentimiento/consentimiento.

Se me informado que el acompañamiento se podrá restringir cuando:

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial<sup>9</sup>.
- 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.

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

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> 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.