



**Estimados Padres, Madres y apoderados:**

En el contexto de la emergencia sanitaria por la declaración de la pandemia de SARS-CoV2, una de las estrategias más efectivas para contenerla es la búsqueda activa de casos positivos y la detección temprana, la que produce un beneficio para el NNA afectado, que accederá a tratamiento oportuno, así como también para su familia, su comunidad escolar y la población en general.

Para ello el Minsal está llevando a cabo la estrategia de búsqueda activa de casos en las comunidades escolar a través del de test de antígenos nasal.

Este procedimiento no invasivo, para los y las estudiantes, permitirá la detección del antígeno del virus SARS-CoV-2, utilizado para el diagnóstico de COVID-19. Consiste en la obtención de muestra por vía nasal la que será analizada por medio de la técnica del test de antígeno, obteniendo resultados en un período de 15 a 30 minutos.

Cabe destacar que este procedimiento no presenta riesgos para nuestros estudiantes y requiere del consentimiento firmado del adulto responsable al cuidado de Niños, Niñas y/o adolescentes y se aplicara este test a aquellos, estudiantes y funcionarios que se encuentren de manera presencial en el establecimiento.

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

**En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado positivo o no concluyente:**

- se entregara la información, tomando contacto al teléfono que se indique en este documento, o al contacto de emergencia consignado en el registro escolar.
- Se le mantendrá en aislamiento, de acuerdo con el protocolo del establecimiento, hasta que sea retirado del recinto por su apoderado para dar curso al aislamiento definitivo.
- Se resguardará la confidencialidad de los datos personales de mi hijo(a), sin perjuicio de su análisis por parte del Ministerio de Salud para efectos epidemiológicos.

Manifiesto que he entendido en qué consiste esta estrategia de testeo, y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que mi hijo(a) tiene como individuo(a) de establecimientos de salud, así como tampoco le afectará en su colegio y en ningún caso podrá ser sancionado(a) ni juzgado(a) por ello. Por lo anterior, manifiesto que:

Nombre padre/ representante legal / cuidador:	
RUT:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Nombre del estudiante:	
RUT del estudiante:	
Dirección del domicilio:	
Nombre de quién trasladará a su hijo/a:	
Curso del estudiante:	



COLEGIO CARDENAL ANTONIO SAMORÉ  
AV. HUMBERTO PALZA N°3414 - FONONO: 582587780



Nombre del establecimiento educacional:	
<b>AUTORIZO TEST EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (MARCAR CON UNA X)</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

**Nota:** Tomo conocimiento que en caso de no entregar este consentimiento firmado en la dirección del establecimiento educacional dentro de un plazo máximo de 3 días hábiles, el equipo de salud dará por aceptada la autorización para realizar el test.