

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APOYO EN ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA (AVD)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del estudiante: _____ Curso: _____

Nombre del apoderado: _____ Fono : _____

Yo, _____, apoderado/a del estudiante _____ del _____, autorizo al **personal AVD, asistentes de educación, técnico en párvulos y/o personal designado por el establecimiento** a brindar apoyo en las siguientes **Actividades de Vida Diaria (AVD)** cuando sea necesario:

- ☐ Acompañamiento al baño.
- ☐ Supervisión del uso de baño.
- ☐ Ayuda en higiene posterior.
- ☐ Cambio de ropa (muda).
- ☐ Apoyo por accidentes fisiológicos.
- ☐ Otros (especificar): _____

Declaro haber sido informado/a sobre:

- El protocolo institucional de Higiene, Muda y Uso de Baños.
- Los resguardos de privacidad y dignidad del estudiante.
- La posibilidad de revocar esta autorización en cualquier momento y de forma escrita.

Observaciones relevantes del apoderado:

Nombre – Firma y RUT del apoderado/a

Nombre - Firma funcionario/a responsable

ANEXO B

FICHA DE AUTONOMÍA Y APOYO EN BAÑO / AVD (Evaluación Individual)

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del estudiante: _____ Curso: _____

Nombre del apoderado: _____ Fono : _____

I. Habilidades actuales del estudiante (Seleccionar lo que corresponde)

Ingreso al baño

- ☐ Entra solo
- ☐ Requiere guía verbal
- ☐ Requiere acompañamiento físico parcial
- ☐ Requiere acompañamiento total

Manipulación de ropa

- ☐ Sube/baja ropa de manera autónoma
- ☐ Requiere ayuda parcial
- ☐ Requiere asistencia completa

Uso del WC

- ☐ Autonomía total
- ☐ Necesita supervisión cercana
- ☐ Necesita apoyo físico
- ☐ Usa adaptaciones (indicar): _____

Higiene posterior

- ☐ Se limpia solo
- ☐ Requiere guía verbal
- ☐ Requiere ayuda física parcial
- ☐ Requiere ayuda completa

Lavado de manos

- ☐ Autónomo
- ☐ Con supervisión
- ☐ Requiere ayuda
- ☐ Presenta rechazo sensorial (indicar): _____

II. Necesidades y apoyos recomendados (Describir brevemente)

III. Consideraciones sensoriales o conductuales (en caso de TEA u otras NEE)

- Sensibilidad a ruidos: ☐ Sí ☐ No — Detalles: _____
- Sensibilidad a luces/olores: ☐ Sí ☐ No — Detalles: _____
- Requiere apoyos visuales: ☐ Sí ☐ No — Tipo: _____
- Presenta ansiedad en baños: ☐ Sí ☐ No — Estrategias sugeridas: _____
- Riesgo durante crisis: ☐ Sí ☐ No — Indicaciones: _____

IV. Responsable(s) del apoyo

- Personal AVD/asistente asignado: _____
- Horarios o situaciones clave donde puede necesitar apoyo: _____

V. Información Equipo responsable de la activación de Protocolo

- ☐ Equipo Interdisciplinario
- ☐Equipo PIE
- ☐ Asistente / AVD
- ☐Asistente de Aula

Nombre – Firma y RUT del apoderado/a

Nombre - Firma funcionario/a responsable

ANEXO C

REGISTRO DE MUDA O APOYO DE HIGIENE
(Uso interno, confidencial)

- Este registro es confidencial y se archiva en Inspectoría/PIE/Equipo Interdisciplinario.
- Se usa solo para estudiantes con NEE, TEA o necesidades de apoyo permanente o recurrente.

Nombre del estudiante: _____ **Curso:** _____

Nombre del apoderado: _____ **Fono :** _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Motivo de Cambio: _____

Acciones Realizadas: _____

Funcionario Presente: _____

Observaciones o Notas importantes:

Nombre – Firma y RUT del apoderado/a

Nombre - Firma funcionario/a responsable

ANEXO D
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CRISIS (TEA u otras NEE)

Este anexo orienta a personal AVD, docentes y equipo PIE/INTERDISCIPLINARIO frente a **crisis emocionales, sensoriales o conductuales** que puedan ocurrir en baño o durante procedimientos de higiene/muda.

I. Principios:

- Priorizar seguridad física del estudiante y del personal.
- Evitar estímulos que intensifiquen la crisis.
- Mantener un tono de voz calmado, frases breves y claras.
- No forzar actividades de higiene durante la desregulación.

2. Indicadores de crisis:

- Aumento significativo de ansiedad.
- Gritos, llanto intenso, dolor sensorial.
- Evitación extrema del baño.
- Conductas autoestimulatorias intensas o autolesivas.
- Agresiones reactivas.

3. Pasos a seguir durante la crisis:

1. **Retirar estímulos** (ruidos, luces intensas, multitudes).
2. **Acompañar al estudiante** a un espacio seguro previamente definido.
3. **Evitar contacto físico** salvo que sea para resguardar seguridad.
4. **Aplicar estrategias del Plan Individual:**
 - respiración guiada
 - objetos reguladores
 - apoyos visuales
 - comunicación aumentativa
5. **Esperar regulación antes de reanudar higiene.**
6. **Registrar el episodio** (qué ocurrió, intensidad, duración, apoyos que funcionaron).
7. **Comunicar al apoderado** si corresponde.

Nombre – Firma y RUT del apoderado/a

Nombre - Firma funcionario/a responsable

ANEXO E
LISTA DE VERIFICACIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN BAÑOS Y ESPACIOS DE MUDA

Fecha: ____ / ____ / ____

Lugar evaluado: _____

Responsable: _____

1. Condiciones del espacio

- ☐ Baños limpios, sin malos olores
- ☐ Puertas y cierres funcionando correctamente
- ☐ Buen nivel de iluminación
- ☐ Inodoro y lavamanos en buen estado
- ☐ Espacio privado para muda
- ☐ Basureros con tapa

2. Insumos

- ☐ Jabón disponible
- ☐ Toallas de papel
- ☐ Guantes desechables
- ☐ Toallitas húmedas o insumos personales (si aplica)
- ☐ Muda de emergencia disponible
- ☐ Bolsas higiénicas para ropa sucia

3. Seguridad

- ☐ Piso seco (sin riesgo de caída)
- ☐ Accesibilidad para estudiantes con movilidad reducida
- ☐ Señalética clara
- ☐ Ventilación adecuada
- ☐ Supervisión cercana cuando corresponde

4. Observaciones / mejoras requeridas:

Nombre - Firma funcionario/a responsable

