

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/lores: 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.

1. 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 autoestimuladoras 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

