



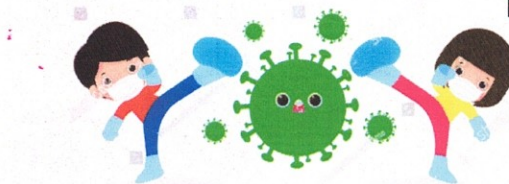
FUNDACIÓN EDUCACIONAL EDUCAR  
PARA LA VIDA LIAHONA BELLOTO  
MADRID N°99 FONO 32-2943973  
EL BELLOTO

ORD.: N°3608-22BELLOTO

MAT.: APLICACIÓN TEST ANTÍGENO NASAL

Belloto, abril 12 de 2022

Señor  
Apoderado  
**PRESENTE**



Respetado Apoderado:

Junto con saludar, informamos a usted que el día **Lunes 25 de abril desde las 09:00 a las 16:30 hrs.** se llevará a cabo un operativo de test de antígenos en contexto de Búsqueda Activa de Casos (BAC)

*Quiénes lo implementan: La Seremi de Salud junto a la Seremi de Educación de cada región, y en estrecha colaboración con la comunidad escolar en su conjunto.*

**Requisitos:** Los test se realizan en niños, niñas y adolescentes, previa firma de un consentimiento de parte de sus padres y/o tutores legales. La firma de la autorización es necesaria para efectuar la toma del test nasal.

**El test de Antígeno Nasal:** Es una técnica que permite diagnosticar COVID-19 de forma rápida, ya que los resultados están en el mismo lugar donde se toma la muestra y en un máximo de 30 minutos. Es menos invasiva e indolora que una PCR nasofaríngea, ya que la muestra se toma sólo desde la zona inicial del orificio de la nariz sin necesidad de introducir profundamente la tórula o varilla.

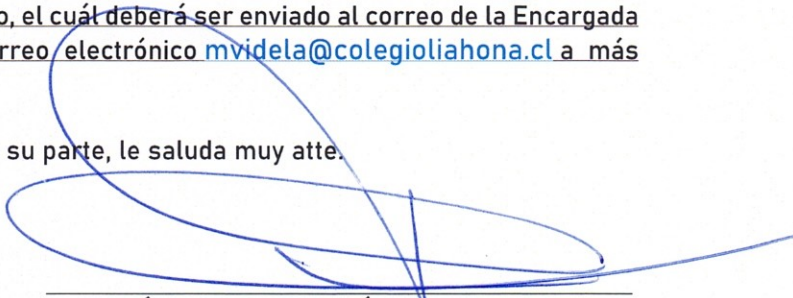
La muestra se toma por profesionales de la salud con una tórula o varilla desde ambos orificios de la nariz, lo que hace al test menos invasivo, sin mayor molestia para la persona. Esto permite testear sin complicaciones a niños, niñas y adolescentes.

La rapidez del resultado ayuda a tomar decisiones de salud pública de manera rápida y oportuna, como búsqueda de contactos estrechos, trazabilidad, indicación de aislamiento y, de ser necesario, derivación a Residencia Sanitaria.

El test es parte de la estrategia de Búsqueda Activa de Casos (BAC) escolar que se realiza al interior de establecimientos educacionales, incluidos los de educación parvularia, que presentan casos, brotes o que se ubican en áreas con alto número de casos nuevos.

A continuación se adjunta consentimiento, el cual deberá ser enviado al correo de la Encargada de Salud, señorita Macarena Videla Neira: correo electrónico [mvidela@colegioliahona.cl](mailto:mvidela@colegioliahona.cl) a más tardar el día **jueves 21 de Abril.**

Esperando tengan una buena acogida de su parte, le saluda muy atte.

  
HÉCTOR PENNA DÍAZ - RECTOR  
FUNDACIÓN EDUCACIONAL EDUCAR  
PARA LA VIDA LIAHONA BELLOTO

ADJUNTO: TEST ANTÍGENO NASAL y CONSENTIMIENTO PROCEDIMIENTO  
RCH.: N°3608-22BELLOTO HPD/marq





SEREMI DE SALUD VALPARAISO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA



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

En el contexto de la emergencia sanitaria por la declaración de pandemia de SARS-CoV-2, una de las estrategias más efectivas para contenerla es la búsqueda de casos asintomáticos que apliquen con COVID 19.

La detección temprana produce una seguridad para el NNA afectados, que accederán a tratamiento oportuno, así como también para su familia, su comunidad escolar y la población en general.

Para ello su establecimiento educacional incorpora la estrategia de búsqueda activa de casos en la comunidad escolar con test de antígenos nasal (no nasofaríngeo).

Se informa que este es un procedimiento no invasivo que permite la detección del antígeno del virus SARS-CoV-2, utilizado para el diagnóstico de COVID-19, el cual consiste en la obtención de muestra por vía nasal que será analizada por medio de la técnica del test de antígeno, obteniendo resultados en un periodo de 15 a 30 minutos. El procedimiento no presenta riesgos para el NNA.

En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado positivo, se le comunicará el resultado y luego se contactará al teléfono que se indique en este documento, o al contacto de emergencia consignado en el registro escolar. Se le mantendrá en aislamiento protegido, de acuerdo al protocolo del establecimiento y en supervisión de personal educativo, hasta que sea retirado del recinto para su aislamiento definitivo.

En caso de que mi hijo(a) arroje un resultado no concluyente, se realizará un test PCR para complementar resultado previo.

En caso de que mi hijo sea usuario de programa PIE me comprometo a asistir al operativo para dar apoyo, contención y acompañamiento a mi hijo en el proceso de registro, toma de muestra y entrega de resultado.

En caso de que en el operativo se pesquise un resultado positivo, el equipo de testeo volverá al establecimiento a realizar un segundo testeo, para tales efectos este documento autoriza a realizar una segunda muestra a mi pupilo en una fecha diferente a la estipulada en primera instancia.

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 usuario(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:



SEREMI DE SALUD VALPARAISO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA



Nombre madre-padre/ representante legal/ apoderado (a):
RUT madre-padre/ representante legal/ apoderado(a):
Nombre Estudiante:
Rut Estudiante
Teléfono de contacto vigente
Dirección domicilio particular actualizado donde vive el o la escolar
Nombre de contacto de emergencia vigente
Nombre de quien trasladará a su hijo/a
Rut de quien trasladará a su hijo/a
Teléfono de contacto vigente de quien trasladará a su hijo (a)
Correo Electrónico vigente
<b>Autorizo la toma de muestra de mi hijo o pupilo:</b>
Firma del adulto responsable
FECHA
Nombre Establecimiento Educacional:
Curso: