***Anexo 2: Consentimiento Informado***

INFORMACIÓN PARA PADRES Y APODERADOS SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA.

En conformidad con lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención en salud queremos informar: El **Programa de Atención Odontológica para estudiantes de educación media**, considera atención de nivel primario, incluyendo promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, así como el tratamiento de ellas, en caso que sea necesario. Las actividades de este programa son las siguientes:

∙ Examen de salud bucal
∙ Educación en salud bucal
∙ Aplicación de flúor en barniz para la prevención de caries
∙ Obturaciones (tapaduras) en caso de presentar caries
∙ Tratamiento periodontal (limpiezas) en caso de presentar inflamación a las encías

De ser necesario, se realizarán las derivaciones a tratamientos de especialidades odontológicas

NO INCLUYE: endodoncias, ortodoncia (frenillos), cirugías complejas, entre otras atenciones de nivel secundario.

Es importante señalar que en caso de que el/la estudiante requiera la exodoncia de alguna pieza dentaria definitiva o algún otro procedimiento invasivo, le será consultado previamente por el odontólogo tratante. La duración del tratamiento dependerá del diagnóstico realizado a través del examen de salud bucal.

Actualmente, aún estamos enfrentando una emergencia sanitaria global, por lo que han cambiado los protocolos, recomendaciones y medidas de seguridad que se aplicarán en la atención. La atención se realizará a todos los estudiantes que no presenten ningún síntoma y que no hayan tenido contacto con pacientes COVID (+). Los estudiantes y personal de salud usarán todos los elementos de protección personal desechables, además de realizar desinfección de todas las superficies y equipos entre cada paciente.

***Esta actividad solamente se realiza a estudiantes FONASA o PRAIS.***

**Identificación del estudiante y apoderado**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Estudiante** |  |
| **Establecimiento Educacional** |  | **Curso** |  |
| **Nombre Apoderado** |  |
| **Relación con el/la estudiante** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  | **Región** |  |
| **Fono de contacto** |  | **Mail** |  |

 **¿Autoriza a que profesionales de la salud realicen control odontológico en Establecimiento educacional al que asiste? (marcar con X)**

|  |  |
| --- | --- |
| **SÍ estoy de acuerdo** que mi pupilo/a participe del Programa de Atención Odontológica para Estudiantes, siempre que se cuente previamente con su consentimiento. |  |
| **NO estoy de acuerdo** que mi pupilo/a participe del Programa de Atención Odontológica para Estudiantes. |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/la responsable

Fecha\_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_