



Señor(a) Apoderado(a):

Junto con saludar y deseándoles una buena semana, quisiéramos comunicar, para vuestra tranquilidad, que nuestro Colegio ha adoptado todas las medidas y protocolos para prevenir casos de COVID, según los lineamientos del MINEDUC, el MINSAL y la correspondiente SEREMI de Salud.

Por el momento, ***nuestras clases presenciales siguen de manera normal***, y sugerimos que Ustedes desde el hogar puedan ayudarnos a fortalecer las siguientes medidas de AUTOCUIDADO: *completar esquema de vacunas, utilización y recambio de mascarillas, lavado de manos de manera frecuente, ventilación de espacios, entre otras.*

En caso de que su hijo/hija presente síntomas, recomendamos realizar Test Antígeno o PCR en centros de salud y NO enviar a sus hijos/hijas a clases, hasta obtener los resultados.

Favor de canalizar información con cada Profesor(a) Jefe o bien llamando a nuestro colegio.

Por otro lado, mencionar dos puntos importantes que sucederán la próxima semana en nuestro colegio:

1. Lunes 22 de agosto, desde las 10:00 a 14:00 horas: Operativo "Testeo Retorno seguro a clases". Se efectuará la toma de exámenes para detección de COVID-19 con test de antígenos **NASALES** a estudiantes.

- Técnica NO invasiva, ya que sólo es una muestra en el ingreso de la nariz superficialmente.
- El resultado está en 20 min aproximadamente.
- Es indoloro.

Los/las apoderados/as que deseen que sus niños y niñas participen de este operativo, deberán **firmar el consentimiento informado** (adjunto) y enviarlo **MAÑANA VIERNES 29 DE AGOSTO**.

2. Martes 23 y miércoles 24 de agosto, desde 09:00 HORAS: "Campaña de vacunación escolar". Este proceso tiene carácter de OBLIGATORIO, por lo que no se solicita el consentimiento del tutor, según lo que se establece en el artículo nº32 del código sanitario.

- Primeros Básicos: Vacuna dTPA (contra; difteria, tétano, coqueluche).
- Cuartos Básicos: Primera dosis de VPH (contra el virus Papiloma Humano).
- Quintos Básicos: Segunda dosis de VPH (contra el virus Papiloma Humano).
- Octavos Básicos: Vacuna dTPA (contra; difteria, tétano, coqueluche).

Es importante la asistencia a clases en estos días, con la intención de alcanzar la mayor cobertura de vacunación. Los/las estudiantes que no asistan esos días, deberán vacunarse en su CESFAM.

Cualquier padre/madre que se oponga a la vacunación, deberá acercarse el día de la vacunación a firmar un rechazo de la vacuna, dicho documento se firma con la enfermera que asista esos días, por lo que si no hay presencia del parentesco se procederá a vacunar al niño/a.

Saludos cordiales.

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 activa de casos positivos.

La detección temprana 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 se está llevando a cabo la estrategia de búsqueda activa de casos en la comunidad escolar con test de antígenos nasal.

Entiendo 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. 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 o no concluyente, 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, de acuerdo con el protocolo del establecimiento, hasta que sea retirado del recinto para su 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 quien trasladará a su hijo/a: | |
| Curso del estudiante: | |
| Nombre del establecimiento educacional: | |
| AUTORIZO TESTEO EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (MARCAR CON UNA X) | |
| SI | NO |
| FIRMA | FECHA |