



DIRECCIÓN  
OFICINA ASESORIA JURIDICA  
MGM/rtm N° 502

RESOLUCIÓN N° 2625  
Exenta

ARICA,

30 JUN. 2023

COPIA

**VISTOS Y TENIENDO PRESENTE;** Ley 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; la resolución N° 7 de 2019 de la Contraloría General de la República, que Fija Normas Sobre Exención del Trámite de Toma de Razón; Resolución Exenta N°1031/22.10.2012, Minsal, que Establece Protocolos y Normas sobre Seguridad del paciente y Calidad de la Atención para ser aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados; Resolución Exenta N°875/2013 que Aprueba Norma General Técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención en Salud; Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes de las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención de Salud; Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias (Ley Mila); Decreto N°31 2012 Aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud.; y las facultades que me confiere el Decreto N° 38 de 2005, Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud Menor Complejidad y de los Establecimientos de Auto gestión en Red; Decreto Supremo N° 140 de 2004 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución TRA N° 424/128/2022 de fecha 03 de marzo de 2022 de la Dirección del Servicio de Salud Arica

**CONSIDERANDO:**

1. El Memorandum N° 547 de fecha 30 de junio de 2023, de la Dirección de Hospital Regional de Arica y Parinacota "Dr. Juan Noé Crevani", mediante el cual solicita dictar Resolución Exenta que apruebe el "**INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**"; versión 5; cuyo objetivo principal es establecer el procedimiento de entrega de información a los usuarios y/o acompañantes al ingreso a un Centro de Responsabilidad (CR) de hospitalización, relacionada con la Línea Programática Ministerial Hospital Amigo (10 medidas); la cual constituye una estrategia central en la satisfacción usuaria en marco del cumplimiento de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias (Ley Mila).
2. Ordinario N°C21/2054 2021, Minsal que Informa orientaciones técnicas y líneas programáticas para Hospital Amigo.
3. Que, una vez aprobado el Procedimiento señalado en el punto número uno de los considerandos de la presente Resolución, éste será enviado vía correo electrónico a todos los CR y SCR de este establecimiento, por funcionarios de la Subdirección de Enfermería.
4. La Providencia de fecha 30 de junio de 2023 del Director del establecimiento, quien autoriza lo descrito en el punto uno.
5. Documento remitido a la Oficina de Asesoría Jurídica de este establecimiento con fecha 30 de junio de 2023; Que, conforme a los antecedentes señalados es necesario dictar la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

1° **APRUEBASE** a contar de la fecha de total tramitación de la presente resolución el "**INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**"; versión 5, del Hospital Regional de Arica y Parinacota "Dr. Juan Noé Crevani"; cuya última revisión se ha realizado en el mes de junio de 2023; instrumento que se reproduce íntegramente a continuación

HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
DR. JUAN NOÉ CREVANI  
RECIBIDO 03 JUL 2023

505 AC



DIRECCIÓN  
OFICINA ASESORIA JURIDICA



## INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2028  
Versión 1

### 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento de entrega de información a los usuarios y/o acompañantes al ingreso a un Centro de Responsabilidad (CR) de hospitalización, relacionada con la Línea Programática Ministerial Hospital Amigo (10 medidas); la cual constituye una estrategia central en la satisfacción usuaria en marco del cumplimiento de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias (Ley Mila).

### 2. ALCANCE:

El presente instructivo aplica en los Centros de Responsabilidad (CR) de pacientes hospitalizados y debe ser conocido por todos los funcionarios y funcionarias del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, así como también estar a disposición de los usuarios, familiares y tutores responsables, dado que describe las circunstancias en que se aplicarán las 10 medidas de Hospital Amigo en los servicios clínicos de hospitalización, las cuales son:

1. 6 horas de visitas diarias en servicios clínicos con camas básicas.
2. Acompañamiento diurno y nocturno de niñas y niños hospitalizados/as.
3. Autorización para acompañamiento diurno y nocturno a adultos mayores en servicios clínicos con camas básicas.
4. Acompañamiento integral del parto (preparto y parto).
5. Autorización para la alimentación asistida de adultos mayores en servicios clínicos con camas básicas.
6. Entrega de información médica diaria.
7. Entrega de Información en Unidades de Emergencia Hospitalaria a la familia y acompañantes.
8. Incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor.
9. Identificación visible de las personas hospitalizadas.
10. Identificación visible de los funcionarios.

Así como también define la aplicación de Ley Mila en los servicio de Hospitalización relacionada con:

- Acompañamiento en todo momento de niñas, niños, y adolescentes por su padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, o persona significativa.
- Acompañamiento en preparto, parto y puerperio.

### 3. RESPONSABILIDADES:

#### Responsable ejecución.

- **Enfermero (a) o Matrón (a)**, del Centro de Responsabilidad (CR) de Origen, es responsable de entregar la información sobre el funcionamiento del CR de Hospitalización y medidas que el Hospital Amigo y Ley Mila contempla, al familiar y/o



DIRECCIÓN

#### OFICINA ASESORIA JURIDICA

acompañante significativo.

- **Médico Jefe o Médico Tratante de CR**, es responsable de entregar la información al familiar y/o acompañante, sobre el estado de salud del paciente, durante su estadía.

#### Responsabilidad del encargado.

- **Médico Jefe, Enfermera Supervisora de CR y Matrona Supervisora de CR**, es responsable de hacer cumplir éste instructivo y de sugerir las modificaciones cuando estime necesario.

#### Responsable del monitoreo y evaluación:

- **Encargado (a) Hospital Amigo del Establecimiento Hospitalario** es responsable de monitorear el cumplimiento de este instructivo e informar a referente del Servicio de Salud en materia de la Línea Programática Hospital Amigo.
- **Encargado (a) Ley Mila del Establecimiento Hospitalario** es responsable de monitorear el cumplimiento de este instructivo e informar a referente del Servicio de Salud en materia de la Ley Mila.
- **Referentes de Hospital Amigo y Ley Mila del Servicio de Salud Arica**, son responsables de efectuar evaluación de cumplimiento de las medidas para determinar mantención de certificación de Hospital Amigo y Cumplimiento de la Ley Mila, según corresponda.
- **Director del Hospital Dr. Juan Noé Crevani**, es responsable de la mantención de la Certificación de Hospital Amigo y Cumplimiento de Ley Mila.

#### 4. TERMINOS Y DEFINICIONES

- **CR:** Centro de Responsabilidad, en este documento hace referencia solo a los Servicios Clínicos de Hospitalización del Hospital Regional de Arica (Medicina, Cirugía, Traumatología, Pediatría, Puerperio, Ginecología, embarazo patológico, Neonatología y Unidad de Paciente Crítico).
- **GCL:** Gestión Clínica
- **HJNC:** Hospital Dr. Juan Noé Crevani
- **OIRS:** Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
- **UPC:** Unidad de Paciente Crítico
- **NNA:** Niños, niñas y adolescentes.
- **Usuario (a):** Paciente que tiene derecho a demandar atención y usar los productos y/o servicios del Hospital, según corresponda su condición clínica, y que no es parte de la institución hospitalaria. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en nuestro establecimiento.
- **Visitas:** Persona que acude al Hospital para "Ver" a un paciente hospitalizado, por un periodo de tiempo limitado, dentro de los horarios determinados por el establecimiento hospitalario, previo asentimiento y/o consentimiento de la persona hospitalizada, cuando esto sea necesario.
- **Acompañante significativo o acompañante de elección:** Familiar o persona significativa, escogido por el o la persona usuaria, que otorgará soporte emocional, acompañamiento, y acciones de cuidado pertinentes, durante toda su atención ambulatoria y/u hospitalaria, previa declaración informada o asentimiento del usuario o usuaria.
- **Acompañamiento digno:** en el acompañamiento se debe otorgar un trato respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia al acompañante como al NNA, mujer o persona gestante. Se debe entregar información necesaria y comprensible, acorde con la edad y capacidad de la persona; se deben adoptar actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad y realizar acciones concretas de contención, con empatía y respeto. Un acompañamiento digno debe asegurar que no existan diferencias injustas y evitables para ningún grupo o población. Los servicios deben estar disponibles, deben ser sensibles y pertinentes



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

a la diversidad, sin que existan barreras de discriminación por factores culturales, étnicos, religiosos, socioeconómicos, de nacionalidad o por diversidad de género, entre otros. Siempre se debe proteger la intimidad y respetar la integridad física y psíquica de la persona.

- **Acompañamiento diurno y nocturno:** Se refiere a la permanencia de un familiar o persona de confianza al lado del paciente. Este acompañamiento es único para paciente niño, niña, adolescente, mujeres o personas gestantes, pacientes adultos mayores y pacientes en estado de gravedad con previa autorización médica.
- **Autonomía progresiva:** la convención sobre los derechos del niño alude a que NNA, ejerzan sus derechos en función de la evolución de sus facultades y la dirección y orientación adecuada por parte de sus padres, cuidadores u otro adulto legalmente responsable de su cuidado, y de esta forma puedan participar en la toma de decisiones de los asuntos que les conciernen o le afectan. De conformidad al sistema de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, podrá ejercer sus derechos en consonancia con le evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, salvo que la Ley limite este ejercicio, tratándose de derechos fundamentales. Su aplicación en el contexto de la atención en salud se vincula directamente con la generación de oportunidades para que NNA participe, otorgando el tiempo y la información adecuada para ello. Los padres y/o madres, representantes legales o las personas que lo tengan legalmente a su cuidado, deberán prestarles orientación y dirección en el ejercicio de sus derechos. Es deber del estado, respetar, promover y proteger el ejercicio de este derecho.
- **Asentimiento:** Es un proceso continuo de, comprensión y aceptación manifestada por una persona menor de 18 años, con entrega de información para una toma de decisión. En el caso de los niños. En el caso de niñas, niños y adolescentes, este derecho debe ser respetado y considerado de acuerdo con sus facultades y desarrollo cognitivo, teniendo presente las características propias que diferencian a adolescentes de los niños y niñas.
- **Acompañamiento en pre-parto, parto y puerperio:** La presencia de compañía y apoyo significativo, para una persona que está en trabajo de parto, se considera como un elemento facilitador del parto "humanizado, respetado o personalizado". La compañía de un apoyo significativo que ejerce un rol contenedor disminuye el estrés, dolor y la ansiedad de la mujer o persona gestante, lo cual conlleva una racionalización de las intervenciones sanitarias y por tanto, mayor probabilidad de que el parto evolucione de forma fisiológica.
- **Usuario Adulto Mayor:** Corresponderá a todo usuario y usuaria que tenga 60 años o más.
- **Usuario Pediátrico:** Corresponderá a todo usuario y usuaria que tenga menos de 10 años.
- **Usuario Adolescente:** Corresponde al periodo de 10 años hasta 19 años.
- **Enfoque de género:** La equidad de género intenta mejorar las oportunidades de mujeres y hombres, de modo que tengan las mismas posibilidades de acceder y disfrutar de los beneficios de las políticas públicas, vale decir de los bienes y servicios proporcionados por ellas. Contribuyen a la igualdad de género y apoyan la equidad en salud.

**5. REFERENCIAS**

- Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes.
- Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, MINSAL año 2021.
- Norma Técnica y Administrativa Ley N°21.371, MINSAL año 2022.
- Ord. C37 N°1072 (04.004.2023), Orientaciones Técnicas Línea Programática Hospital Amigo, Ministerio de Salud.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

## 6. DESARROLLO.

### 6.1 Descripción.

#### 6.1.1 Procedimiento entrega de Información al ingreso de Hospitalización.

1. Usuario o usuaria ingresa al Centro de Responsabilidad (CR) a hospitalizarse.  
\*Niñas, Niños y Adolescentes deberán ingresar con un acompañante.
2. Enfermero (a) o Matrón (a) a cargo de la recepción, se identifica y realiza la recepción del paciente, verificando los documentos de ingreso.

-----  
|  
| Funcionarios deberán portar en todo momento su credencial de |  
Identificación Institucional

3. Enfermero (a) o Matrón (a) a cargo de la recepción, entrega información al usuario, usuaria y acompañante sobre el funcionamiento del Centro de Responsabilidad, en especial informando las medidas establecidas por "HOSPITAL AMIGO" y "LEY MILA".

a) **Nº de visitas:** Se autorizarán **2 visitantes simultáneas** en horario señalado por cada CR de Hospitalización, con las siguientes excepciones:

- En las Unidades de Paciente Crítico Adulto se autorizará 1 visita a la vez, debiendo ser solo familiares cercanos (Pareja, hijos/as, padres y hermanos).
  - Visitas a Pacientes en Aislamientos, se autorizará 1 persona a la vez con un máximo de 2 personas durante el día, según condición clínica del usuario y usuaria.
  - CR. Emergencia, no tiene condición de Hospitalización, se permitirá la compañía de 1 persona.
  - Pacientes Hospitalizados en el CR Salud Mental, se autorizará 1 persona como máximo y se evaluará de acuerdo a la condición clínica del usuario y usuaria.
- Podrán ingresar como visitas adolescentes ( $\geq 12$  años) y adultos ( $\geq 18$  años).
- En Niñas, Niños y Adolescentes, se aceptarán visitas de padre, madre, cuidador o persona significativa, previo a su asentimiento y/o consentimiento según corresponda (Anexo N° 1 y 2).

-----  
| **En caso de Contingencia Sanitaria (Pandemia, Brotes de IAAS,** |  
| **entre otros) esta medida será reacondicionada, autorizándose solo** |  
**1 visita en todos los CR. De Hospitalización.**

-----  
| **Ante brotes de IAAS, el Equipo de Programa de Prevención y** |  
| **Control de IAAS del HJNC podrá determinar suspender las visitas,** |  
| **luego que a pesar de las medidas de control implementadas, no se** |  
| **haya logrado documentar una contención del Brote y se** |  
| **demuestre que la presencia de visitas y su interacción con otros** |  
**pacientes se asocia con la transmisión.**

b) **Horario de Visitas:** Todos los servicios de hospitalización contarán con horario de visitas. Los servicios clínicos con camas básicas deberán considerar un mínimo de **6 horas de visitas**.

- Unidades de pacientes crítico adulto, pediátrico y neonatal, así como también CR. Salud Mental, se exceptúan de las 6 horas de visitas, estableciéndose de igual forma un horario determinado por casa servicio.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

**En caso de Contingencia Sanitaria (Pandemia, Brotes de IAAS, entre otros) esta medida será reacondicionada, reduciéndose el horario.**

- Existirán 2 horarios de visitas establecidos, considerándose "Situación Normal" y "Situación Contingencia Sanitaria".
- Durante el horario establecido para la situación "Normal", las visitas podrán variar, haciendo uso de los 2 cupos disponibles por paciente hospitalizado.
- Durante el horario establecido para la situación "Contingencia Sanitaria", solo se dispondrá de 1 cupo para visitas. La visita será otorgada a solo 1 persona durante la estadía hospitalaria, este solo podrá variar si el Enfermero (a), Matrón (a) o Médico lo autoriza. En esta situación de contingencia el cupo de visita autorizado será registrado en el Sistema Informático Hospitalario.

El Horario establecido de visitas por cada CR de Hospitalización es el siguiente:

Centro de Responsabilidad	Horario de Visitas (Normal) De lunes a domingo	Horario de Visitas (Contingencia Sanitaria) De lunes a domingo.
Gestión Clínica Médica (Medicina)	12:00 -18:00 horas	11:30- 12:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	12:00 -18:00 horas	13:00-14:00 horas
Gestión Clínica de la Mujer (Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	12:00 -18:00 horas	16:30-17:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgico General (cirugía sala y aislamientos) Post Operados	12:00 -18:00 horas	16:00-17:00 horas 15:00 a 16:00 horas
Gestión Clínica Infantil (Pediatria) UPC Pediátrica	15:00 -16:00horas 15:00 -16:00 horas	15:00 -16:00horas 15:00 -16:00 horas
Gestión Clínica Neonatológica (UPC y Básica)	08:30 -19:30 horas (Mamá y Papá)	08:30 -19:45 horas 21:00 -22:00 horas  (Mamá o Papá)
Gestión Clínica Paciente Crítico (Unidad de Paciente Critico adulto)	09:00 a 10.00 horas 14.30 a 15:30 horas Sábados domingos y festivos de 10:00 a 11:00 horas y de 14:30 a 15:00 horas.	De Lunes a domingo 14.30 a 15:30 horas
Gestión Clínica Salud Mental -Psiquiatría Adulto  -Psiquiatría Infanto Adolescente	Lunes a domingo De 14:00horas a 16.00horas. Lunes a viernes de 16.00horas a 18:00horas. Sábado y Domingo 15:00 a 18:00 horas.	<b>Lunes a domingo Mujeres</b> 14:00-15:00horas <b>Hombres</b> 15:00-160horas  <b>Lunes a domingo</b> 16:00-17:00 horas

c) **Acompañamiento:** Se debe informar que el Hospital Dr. Juan Noé Crevani garantiza el acompañamiento en servicios de hospitalización que albergan a



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, en cumplimiento a las condiciones a continuación se señalan. El acompañamiento podrá ser efectivo por:

- **Niños menores de 10 años:** Padre, Madre, adulto significativo o tutor autorizado para esto, debiendo contar con el asentimiento del niño/niña (Anexo N°1) y Declaración Informada (Anexo N°1) del acompañante.
- **En adolescentes:** El acompañamiento se podrá extender a personas significativas, debiendo contar con su asentimiento o consentimiento del mismo/a, según corresponda y declaración informada (Anexo N°1) del acompañante.

En caso de los niños, niñas y adolescentes se deberá solicitar el llenado del documento "Asentimiento Informado" o "Consentimiento Informando" (Anexo N°1 o 2), según corresponda). Ambos documentos deberán firmarse al ingreso de la Hospitalización, posteriormente legajarse a la ficha clínica del paciente, al igual que el registro "Declaración Informada" (Anexo N°3) que es firmado por los acompañantes. En caso de incorporarse durante la estadía hospitalaria un nuevo acompañante previo a su ingreso se deberá contar con el asentimiento o consentimiento del NNA, luego al ingresar al CR. Hospitalización el acompañante firmar la declaración informada.

- **Adulto mayor:** El acompañamiento podrá ser efectuado por familiar, cuidador o persona significativa, debiendo registrarse el nombre del acompañante en el registro "Relación de Pacientes" (Anexo N°4).

**Los funcionarios y funcionarias no podrán emitir sugerencias y/o preferencias por el sexo del acompañante, siempre se debe dejar la posibilidad que sea un hombre o mujer quien efectúe el acompañamiento diurno y nocturno, según lo determine el propio usuario, usuaria o sus familiares.**

- Respecto al número de personas, solo estará autorizado a realizar el acompañamiento 1 persona de forma simultánea.
- Considerando la edad de los acompañantes, podrán ser efectivos por mayores de 12 años en horario diurno.
- Las personas acompañantes podrán ser varias en el tiempo, siempre y cuando esta información sea proporcionada al Enfermero (a) o Matrón (a) de turno, autorizándose el ingreso, siempre y cuando, se cuente con el llenado de los registros anteriormente mencionados.
- El acompañamiento podrá ser realizado por adultos o adolescentes, en el caso de acompañamiento de menores de 18 años, solo estará autorizado el acompañamiento en horario diurno.
- Respecto al horario de acompañamiento, se ha establecido que este será siguiente:

Identificación Centro de Responsabilidad	Horario Diurno	Horario Nocturno
Gestión Clínica Médica	24 horas del día	
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	24 horas del día	
Gestión Clínica de la Mujer: - Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	24 horas del día	



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

Gestión Clínica Quirúrgico General: -Cirugía sala y aislamientos. -Post Operados	24 horas del día	
Gestión Clínica Infantil:  -Pediatría:  -UPC Pediátrica	08:30 -19:30 horas  08:30 -19:30 horas	21: 00 – 07:00 horas.  En UPC siempre que la condición clínica lo permita
Gestión Clínica Neonatológica  - Neonatología - UPC Neonatología	De 8:30 horas a 19:30horas y de 20:30 horas a 7:30horas, siempre que la condiciones clínica lo permita.	
Gestión Clínica Paciente Crítico Adulto: -UPC Adulto	08:30 -19:30 horas y de 21: 00 – 07:00 horas, siempre que la condición clínica lo permita.	
Gestión Clínica Salud Mental: -Adulto:  -Infanto-Adolescente	08:30 -19:30 horas y de 21: 00 – 07:00 horas, siempre que la condición clínica, médica y ambiental lo permita.	

- Se autorizará el acompañamiento **24 horas**, independiente del servicio de hospitalización en las siguientes situaciones:
  - Niña, niño o adolescente con condición incapacitante, trasplantado, oncológico y/o inmunocomprometido que determine situación de dependencia y que requiera la presencia de un cuidador con vinculo previamente establecido.
  - Niña, niño o adolescente que recibe una atención de salud que provoque un impacto físico o emocional, como por ejemplo dolor o angustia.
  - Neonatos y lactantes (primeros mil días), donde el vínculo con el cuidador incide directamente en el neurodesarrollo y seguridad.
  - Niña, niño o adolescente en el Espectro Autista (EA), trastorno de la conducta , otros trastornos del desarrollo o condición de salud mental que requiera un mayor acompañamiento o contención emocional de parte del cuidador principal.
  - Recién Nacidos, lactantes y preescolares en periodo de amamantamiento.
  - Niña, niño o adolescente en fase de cuidados de fin de vida.
- Durante la jornada diurna, podrá efectuarse simultáneamente la visita y acompañamiento, considerándose un máximo de 2 personas por paciente (1 acompañante y 1 visita). A excepción de los dentro de UCI y UTI.  
**En Contingencia Sanitaria, solo habrá cupo para 1 persona, por lo que en caso de contar con visita, el cupo será priorizado para ésta, debiendo retomar el acompañamiento al término del horario de la visita.**
- Durante los procedimientos que se realicen en sala o en otra instalación, se resguardará por el Equipo de Salud que el acompañamiento se mantenga, siempre y cuando, no represente un riesgo para la atención misma. Durante el o los procedimientos se le informará al acompañante sobre el proceso y cómo éste puede colaborar para disminuir el estrés del NNA.
- Cuando el acompañante coopere o realice acciones básicas de cuidado (tales como: alimentación, aseo y confort, recreación, educación, entre otras), el Equipo de Salud supervisará la realización de estas, a fin de resguardar una



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

eventual responsabilidad legal del Servicio y/o profesionales.

- El Equipo de Salud podrá solicitar el abandono del acompañante si este muestra actitudes de agresividad o cualquier tipo de conductas que interfiera en el funcionamiento o atención de salud o constituya incumplimiento del Reglamento Interno del HJNC.

**I Suspensión de acompañamiento:**

**I Causas sanitarias:**

- Padre, madre o la persona que esté realizando el acompañamiento, o pretenda hacerlo, no podrá cursar ningún cuadro infeccioso transmisible que no pueda ser contenido por algún medio (no farmacológico como EPP o farmacológico), durante el periodo de transmisibilidad.
- Ante brotes de IAAS, el Equipo de Programa de Prevención y Control de IAAS del HJNC podrá determinar suspender los acompañamientos, luego que a pesar de las medidas de control implementadas, no se haya logrado documentar una contención del Brote y se demuestre que la presencia de acompañamientos y su interacción con otros pacientes se asocia con la transmisión.

**Causas No sanitarias:**

- Cuando niña, niño y adolescente, manifieste oposición (no da asentimiento) a tener contacto con la persona que desea brindar acompañamiento.
- Equipo de Salud, podrá limitar el ingreso del acompañamiento en caso de que se encuentre en estado de crisis de salud mental, agitación psicomotora, encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas, alguna otra situación que ponga en riesgo la salud física y mental del NNA, durante la ocurrencia de la misma.
- Restricción legal o judicial que prohíba la visita. En este caso se deberá solicitar respaldo del documento e incorporar en ficha clínica.

d) **Acompañamiento en Preparto, Parto y Puerperio.** La mujer o persona gestante que ingresa a la respectivo CR. a hospitalizarse o Ingrese desde CR. Emergencia Hospitalaria y se le dirija a Pabellón se le informará sobre su situación, estadía y derecho al acompañamiento, debiendo decidir si desea ser acompañada durante su embarazo, trabajo de parto o puerperio.

- El acompañamiento podrá ser efectuado por "**Padre o Persona significativa que ella designe**", la cual podría variar durante la hospitalización". En casos de Adolescente el Médico o Matron (a) podrán autorizar el ingreso de una figura de apego y su pareja, según la situación de la gestante.
- Se le entregará información clara, oportuna y suficiente para que tanto la mujer o persona gestante o puérpera, como el/la acompañante, puedan enfrentar el proceso de trabajo de parto y puerperio, de acuerdo a lo establecido por el "Protocolo Entrega de Información para el Preparto, Parto y Puerperio" del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.
- Al finalizar se entregará folleto "Información para el acompañamiento en preparto, parto y puerperio", el cual considerará:

**Información mínima para padres o madre del recién nacido y/o acompañante significativo**

1. Condiciones del trabajo de parto y puerperio.
2. Procedimientos vinculados al trabajo de parto y puerperio.
3. Condición de salud de la mujer o persona gestante y del embrión-feto-recién nacido.
4. Actividades en el trabajo de parto y puerperio:
  - Posicionamiento
  - Verticalidad
  - Deambulación
  - Movimiento
  - Reboso
  - Alimentación
  - Respiración
  - Vocalizaciones
  - Masajes
  - Interacción con recién nacido
5. Situaciones de alerta.
6. Deberes y derechos de los pacientes.
7. Información administrativa.

- Se le debe informar las medidas para el fomento de interacciones de apego, lactancia y cuidado por parte de los padres al recién nacido (a), como parte de la corresponsabilidad y la protección a la familia. Considerando dentro de estas acciones:
  - Contacto piel a piel durante la primera hora de vida con su madre, padre o acompañante significativo y primer acoplamiento en lactancia de acuerdo con lo indicado en la Norma General Técnica de Atención Integral al Recién Nacido.
  - Alojamiento conjunto diada madre-hijo o hija.
  - Acompañamiento de los padres, en la realización de procedimientos clínicos al recién nacido o lactante, incorporándoles en medidas de alivio del dolor como por ej. Tetanalgesia.
  - En el caso que sea medicamente necesario separar al niño o niña de su madre, se debe entregar toda la información correspondiente de acuerdo a lo indicado en la Ley N°20.584.
- Los equipos clínicos deben evaluar la idoneidad de la persona y consensuar con la mujer o persona gestante el cambio por otro acompañante significativo. A continuación, se detalla el listado de motivos por los cuales el acompañante significativo no puede cumplir este rol.

**Situaciones en que el padre o madre del recién nacido y/o acompañante significativo no puede cumplir su rol.**

1. Presencia de patología infectocontagiosa activa.
2. Estados de intemperancia o consumo de drogas.
3. Problemas de salud mental agudos descompensados y/o agresivos.
4. Agitación psicomotora.
5. Ante casos de hostilidad o violencia hacia la persona gestante/puérpera y/o personal del establecimiento.
6. Resoluciones judiciales o disposiciones legales que le impidan acercarse a la mujer o persona gestante.
7. Cuando la mujer gestante devela que su acompañante es su agresor.
8. Cuando el acompañante no respeta las normas del servicio clínico.
9. Estados de salud grave, que no permita el acompañamiento.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

**Suspensión temporal de acompañamiento:**

1. Si la autoridad declaro Estado de excepción Constitucional de catástrofe:
  - a. Calamidad pública.
  - b. Alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia a causa de una enfermedad contagiosa. Solo si no se cuenta con EPP adecuado y/o la condición epidemiológica pueda poner en riesgo tanto a la persona gestante como a su acompañante.
2. Evento de seguridad pública.
3. Evento de seguridad al interior del establecimiento o alerta por alto riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, regulado por resolución de la Dirección que explicita la alerta, así como la fecha de inicio y término de esta restricción.

e) **Alimentación asistida:** Todo adulto mayor tendrá derecho a la alimentación asistida por un familiar o persona significativa, así como también, todo usuario y usuaria que su condición clínica lo requiere, esto último exceptuando las Unidades de Paciente Crítico Adulto. Esta autorización debe registrarse en la hoja "Relación de Pacientes".

f) **Entrega de información estado de salud:** Informar que el Médico o Profesional tratante entregará información **diaria** de su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio, según corresponda.

- Considerar, que tanto niño, niña y adolescente también podrán recibir información sobre su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.
- Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información será entregada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.

- Se debe informar, que durante su estadía se entregará información al Familiar o Persona Significativa. En caso de niños, niñas, adolescentes, y mujer o persona gestante, será necesario consultar sobre la participación de su acompañante, en el proceso de entrega de información. La entrega de información debe considerar:

- Estado de salud del paciente
- Posible Diagnóstico
- Procedimientos realizados
- Evolución de su tratamiento

**La Entrega de Información a Familiar o Persona Significativa en situaciones de contingencia (sanitaria o no sanitaria) será presencial o a través de uso de medios remotos (contacto telefónico o videollamadas), lo que dependerá de la situación hospitalaria y/o riesgo que exista para el familiar o persona significativa.**

**IMPORTANTE:** La entrega de información se debe realizar utilizando lenguaje acorde a la edad del paciente y al acompañante con lenguaje claro, sencillo e inclusivo con apoyo de imágenes si fuese necesario.

- La entrega de información a la familia o persona significativa será de



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

preferencia presencial, cuyo horario de entrega de información será el siguiente:

Identificación Centro de Responsabilidad	Horario entrega de información	Días
Gestión Clínica Médica	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica de la Mujer (Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Quirúrgico General (cirugía sala y aislamientos) Post Operados	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Infantil Médico Pediatra Cirujano Infantil	09:30 a 10:00 horas 08:30 a 09:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Neonatológica	10:00 a 11:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Salud Mental	09:00 a 10:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Paciente Crítico	09:00 a 10:00 horas	Lunes a Viernes

4. Enfermero (a) o Matrón (a), además de entregar información verbal debe entregar dípticos transversal y específico (del área de hospitalización) a familiar, tutor, acompañante o usuario y usuaria (en caso que se presente sin compañía en el CR), estos son:
5. Una vez entregada la información verbal y escrita el Enfermero (a) o Matrón (a), hace firmar al usuario/usuaria, familiar y/o acompañante la "**Hoja de Ingreso de Enfermería**" o en la "**Hoja de Signos Vitales de Matronería**", según corresponda, como medio de constancia de la entrega de información.
6. TENS instalará **LETRERO** con nombre de usuario (a) en cabecera de la camilla, considerando el "**Primer Nombre, Segundo Apellido y Primera inicial del segundo apellido**" (si tuviera), el que debe coincidir con el brazalete de identificación, ambos deben tener sus datos correctos de acuerdo al documento de identificación. En caso que el paciente tenga un nombre social, se deberá registrar éste en el letrero.
7. Al momento del alta, el Médico Tratante elabora EPICRISIS en la Ficha Clínica Soporte Electrónico, posteriormente imprime 2 copias y procede a entregar la información al paciente y acompañante. Una vez entregada la información solicitará la firma de una copia del documento que será legajado en ficha clínica soporte físico una vez haya sido firmada por el Paciente, finalmente entregará la otra copia al usuario/usuaria, familiar, tutor o acompañante. En caso de Adultos Mayores, Niñas, Niños, Adolescentes y



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

Puérperas, siempre deberán estar acompañados al momento del alta, debiendo estar firmada la recepción de información por el padre, madre, familiar o persona significativa, según corresponda, cuyo nombre quedará registrado en la Epicrisis de Enfermería o Matronería.

8. El Enfermero (a) o Matrón (a) planifica el egreso confeccionando la elabora EPICRISIS en la Ficha Clínica Soporte Electrónico, imprimiendo 2 copias; una para legajar a la ficha clínica soporte físico, y la otra para entregar al paciente, familiar, tutor o acompañante.
9. Secretario (a) del CR entrega al familiar, tutor y/o acompañante los documentos para realizar trámite de egreso en Oficina de Recaudación del Hospital.
10. Una vez que el familiar, tutor y/o acompañante regresa al CR, el enfermero (a) o Matrón (a) educa al paciente, familiar, tutor y/o acompañante sobre el seguimiento de sus cuidados, se encarga de chequear y revisar la receta y medicamentos entregados al usuario /usuaria.
11. Una vez que Médico, Enfermero (a) o Matrón entregan indicaciones, Enfermero (a) o Matrón (a) entregan copia de epicrisis médica, de enfermería o matronería a usuaria, usuario, familiar, tutor o acompañante (según condición clínica del paciente), solicitando la firma de la epicrisis para dejar constancia de recepción de la información.

**6.2 Indicadores de Monitoreo**

**Nombre del Indicador:** Cumplimiento de medidas de Hospital Amigo

**Formula:**

$$\frac{\text{Total de medidas cumplidas por establecimiento en el periodo}}{\text{Total de medidas que debe cumplir el establecimiento en el periodo}} \times 100$$

**Periodicidad:** Trimestral o según periodicidad determinada por el Nivel Central.

**7 REGISTROS**

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados Adultos
Identificación	SGC HJNC CE R N° 001
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados de Pediatría
Identificación	SGC HJNC CE R N° 024
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados de Neonatología
---------------------	---



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

Identificación	SGC HJNC CE R N° 010
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis de Enfermería Adulto
Identificación	SGC HJNC CE R N° 009
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis de Enfermería Pediátrica y Neonatológica
Identificación	SGC HJNC GCINF R N° 018
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis Medica Digital RN Prt
Identificación	SGC HJNC GCINF R N° 014
Llenado	Medico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis Medica Digital RNT
Identificación	SGC HJNC GCINF R N° 015
Llenado	Medico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis de Matonería Digital
Identificación	SGC HJNC CE R N° 028
Llenado	Matrona
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis Médica Adulto Digital
Identificación	SGC HJNC SDAC R N° 026
Llenado	Médico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis Medica Pediátrica Digital
Identificación	SGC HJNC GC INF R N° 006
Llenado	Médico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Signos vitales GCI de la Mujer
---------------------	--------------------------------



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

Identificación	No Aplica
Llenado	Matrón (a)
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

8 DISTRIBUCIÓN.

SDAC – SD At. Abierta – SDA-CR Urgencia –CRGCL Medicina, CRGCL Infantil, SCR Neonatología-CRGCL de la Mujer-CRGCL Quirúrgica Gral.-CRGCL Quirúrgica Traumatológica- CR Pensionado- CR GCL Pacientes Críticos- CRGCL Salud Mental-CR Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente – OIRS - Oficina de Calidad del SSA – Oficina de Asesoría Jurídica – Unidad de Gestión de CR -CR Pabellón Quirúrgico-SD Enfermería

9 MODIFICACIONES

Párrafo que se modifica	Página	Fecha
Objetivos	1	Mayo 2017
Se modifica desarrollo de instructivo	2 y 3	
Se modifican Dípticos informativos	9 a la 17, y 27	
Se modifica distribución	7	Junio 2018
Modificación del Objetivos y responsables	1	
Definiciones	2	
Desarrollo del Instructivo	3,4,5,6 y 7	
Incorpora indicador	8	
flujograma	9	Abril 2023
Modificaciones asociadas a Ley MILA y situaciones de contingencia sanitaria.	Documento en General	

10. ANEXOS: Anexo N°1 “Asentimiento Informado para el acompañamiento de Niños, niñas y adolescentes En SCR Pediatría”

“Asentimiento Informado para el acompañamiento de Niños, niñas y adolescentes En SCR Pediatría”

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, autorizó a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de salud en Pediatría, en la Institución “Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica”.

Además, se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- Puede ser durante 24 horas
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

Se me ha informado que mi acompañante **no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala sin su asentimiento/consentimiento específico para este fin.

Se me ha informado que el acompañamiento **se podrá restringir** cuando:

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

**Anexo N°2 “Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada”.**

**Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada**

Yo,....., RUN....., acompañante de....., que se encuentra en el Servicio de .....del Hospital Juan Noé Crevani declaro que:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
  - Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del niño, niña o adolescente (NNA).
  - Puede ser durante las 24 horas.
  - Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
  - Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
  - Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que el Servicio:**

- Cuenta con:.....para pasar la noche (silla).



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

- Cuenta con: comedor en el 2do piso para comer y baños de visitas dispuestos en los pasillos.
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser a las 9 y 21 horas. En otro horario, deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario para entrega de información: de 9 a 10 horas.

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenoso y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento o consentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

**ANEXO 3 “Asentimiento (menores 18 años) y consentimiento informado (> o igual 18 años) para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento”.**

**Asentimiento (menores 18 años) y consentimiento informado (> o igual 18 años) para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento**

Yo, ....., RUN .....,  
de ..... años, autorizo a .....,  
como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el Servicio ....., en el Hospital Juan Noé Crevani.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

**Además, se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento o consentimiento.
- Puede ser durante las 24 horas.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, respetar horario de descanso de los pacientes y privacidad.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

**Se me ha informado que mi acompañante no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenoso y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala, sin su asentimiento/consentimiento.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me informado que el acompañamiento se podrá restringir cuando:**

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explicita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Anexo N° 4 “Declaración Informada Para el Acompañamiento en el SCR. Pediatría”

**Declaración Informada Para el Acompañamiento en el SCR. Pediatría**



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_, acompañante de \_\_\_\_\_, que se encuentra hospitalizado en el servicio de PEDIATRÍA del Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noe Crevani", mediante la firma del presente documento declaro lo siguiente:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, previo asentimiento del NNA (niño, niña o adolescente).
- El acompañamiento podrá extenderse hasta por 24 dependiendo del tipo de cama, sala o aislamiento, el horario de acompañamiento de UCI solo diurno.
- Implica respetar las instrucciones del equipo de salud, cuyo propósito es resguardar la seguridad del NNA, la que podrá incluir entre otras cosas: el uso de mascarillas clínica permanente, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas del Establecimiento de Salud, etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo de salud (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.)
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA que usted acompaña y no de otros pacientes en sala).
- Se deberá ejecutar respetando las vías, registro y control de acceso establecidos, por lo que en caso de no ser respetados, podrá implicar solicitar su retiro desde el servicio de Pediatría.

**Se me ha informado que el servicio de Pediatría:**

- Cuenta con bergere o sillón para poder descansar durante la noche. Por motivos de seguridad para el NNA, se encuentra prohibido para el acompañante acostarse en la cama de nuestros pacientes.
- Cuenta con un casino diurno para que usted pueda alimentarse, el que le será indicado por el personal del servicio.
- Por motivos de seguridad, el ingreso o recambio del acompañante deberá ser coordinado previamente con el personal encargado del servicio.
- Tiene establecido como horario para la entrega de información del estado de salud del NNA por parte del médico tratante de 9:30 a 13:00 horas.
- Como parte de los protocolos de seguridad institucional, podrá utilizar medidas de sujeción o contención física para evitar caídas o retiro de elementos invasivos, como sondas o vías venosas. Cabe señalar que estas medidas, en caso de ser necesarias, les serán debidamente informadas para su conocimiento y comprensión

**Se me ha informado que no se permite:**

- Ocupar el baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión. Importante destacar que esta situación puede afectar gravemente el bienestar del NNA, toda vez que una caída puede generar graves lesiones.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, esto solo lo puede realizar el equipo de salud considerando los riesgos para el NNA.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as, instalaciones o funcionarios.
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

La principal preocupación del servicio de Pediatría es colaborar en la recuperación y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes que necesitan nuestros servicios, por lo que contar con su colaboración y respeto es muy relevante para nuestro servicio. De igual manera, es relevante que usted conozca y considere que en caso de no respetar las instrucciones o normativa establecida en el servicio, así como frente a situaciones que comprometan la seguridad de nuestros pacientes, funcionarios, infraestructura o equipamiento, se le podrá solicitar su retiro del servicio, incluyéndose en caso de ser necesario, la intervención de nuestros equipos de seguridad o la presencia de Carabineros de Chile.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

FIRMA DE ACOMPAÑANTE.

FECHA

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

**Anexo N° 5 "Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada En C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente".**

**Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada En C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente**

Yo,....., RUN....., acompañante de....., que se encuentra en el Servicio de C.R. Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente del Hospital Juan Noé Crevani declaro que:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del niño, niña o adolescente (NNA).
- Se cuenta con horario establecido para el acompañamiento Diurno y Nocturno, el que puede ser durante 24 horas, siempre que este haya sido autorizado por médico jefe de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que el Servicio:**

- Cuenta con silla para pasar la noche.
- Cuenta con comedor en el 2do piso para comer y baños de visitas dispuesto en sala de espera de la unidad.
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser a las 9 y 21 horas. En otro horario, deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario para entrega de información: de 9 a 10 horas.

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenosos y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as.



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

- Realizar acciones en contra de la integridad de los funcionarios
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento o consentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe un trastorno vincular entre el NNA y el/la acompañante, que afecte la evolución clínica del paciente.
- Se pesquisa que el/la acompañante interfieren desfavorablemente en la evolución clínica del NNA.
- Paciente presente desajustes conductuales que requieran la aplicación de protocolo institucional "Procedimiento de Contención Física para pacientes con agitación psicomotora".

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

**Anexo N° 6 "Asentimiento Informado para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento en C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente".**

**Asentimiento Informado para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento en C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente.**

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, autorizo a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el Servicio \_\_\_\_\_, en el Hospital Juan Noé Crevani.

**Además, se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- Se cuenta con horario establecido para el acompañamiento Diurno y Nocturno, el que puede ser durante 24 horas, siempre que este haya sido autorizado por medico jefe de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, respetar horario de descanso de los pacientes y privacidad.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

**Se me ha informado que mi acompañante no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenoso y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me informado que el acompañamiento se podrá restringir cuando:**

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.
- Presente desajustes conductuales que requieran la aplicación de protocolo institucional "Procedimiento de Contención Física para pacientes con agitación psicomotora".

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explicita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

\_\_\_\_\_ **FIRMA**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

**Anexo N° 7 "Declaración informada para el acompañamiento en SCR. Neonatología de Recién Nacidos hospitalizados en Cuidado Básico"**

**Declaración informada para el acompañamiento en SCR. Neonatología de Recién Nacidos hospitalizados en Cuidado Básico**

Yo ....., RUN .....,  
acompañante de.....,  
que se encuentra hospitalizado en el Servicio de Neonatología en cuidados básicos del Hospital de Arica "Dr. Juan Noé Crevani", mediante la firma del presente documento



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

declaro lo siguiente:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo (padre, madre o tutor)
- Puede ser durante las 24 horas.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del RN como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo.
- Implica colaborar en el cuidado y atención del RN, según las indicaciones del equipo (muda y alimentación)
- el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que en el Servicio de Neonatología:**

- Cuenta con: silla para el acompañante.
- Cuenta con un casino de alimentación diurno para que pueda alimentarse.
- Cuenta con baños fuera de la unidad.
- Cuenta con casilleros para guardar pertenencias
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser coordinado previamente con el personal del servicio.
- Tiene como horario para entrega de información lunes a viernes desde las 10:00 hrs a 12:00 hrs con médico tratante, y fines de semana o festivos según disponibilidad de médico de turno

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el RN se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Utilizar celulares dentro del servicio y específicamente en la unidad del paciente.
- Sacar fotos o filmar videos.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- Se requiera realizar algún procedimiento con el RN u otro paciente de la sala, momentáneamente.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del RN, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del RN, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al RN, o de otro paciente en sala.

**El no cumplimiento de las normas del Servicio de Neonatología podrá condicionar o suspender al acompañamiento.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Anexo N° 8 “Declaración informada para el Acompañamiento en atención cerrada Gestión Clínica de la Mujer”**

**Declaración informada para el Acompañamiento en atención cerrada Gestión Clínica de la Mujer**

Yo,.....,



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

RUN.....-...,acompañante  
de....., que  
se encuentra en centro de Responsabilidad Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Dr.  
Juan Noé C. de Arica, Declaro que:

Se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del NNA (niño, niña o adolescente).
- Puede ser durante las 24 horas.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).

Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

Se me ha informado que el Servicio:

- Cuenta con sillas para pasar la noche.
- Cuenta con lugar habilitado con sillas y mesa para comer en el mismo piso.
- Cuenta con baño sin ducha para asearse, el mismo piso
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser 2 veces al día con previo acuerdo con la matrona de la unidad
- Tiene como horario para entrega de información después de la visita médica

Se me ha informado que no se permite:

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando NNA se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Entregar alimentos o bebidas a NNA traídos externamente
- Usar el teléfono mientras el NNA esté siendo atendida por personal de salud
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa por escrito
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.

Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial<sup>8</sup>.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
  - Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

ANEXO 9 "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE  
GESTANTES Y GINECOLOGICAS, ADOLESCENTES  
(18-19 AÑOS)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y  
GINECOLOGICAS, ADOLESCENTES(18-19 AÑOS)**

Yo,....., RUN .....,  
acompañante de .....  
que se encuentra en el CR Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Regional Dr. Juan  
Noé Crevani de Arica, declaro que:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento de adolescente
- El acompañamiento permitido es durante todo el proceso de parto y puerperio inmediato (24 horas) por la figura significativa persona que brinda confianza, tranquilizara y ayudara a mejorar el confort de la parturienta.
- En sala de hospitalizados el horario establecido es de 08:00 a 20:00 hrs para el Acompañamiento Diurno y de 24 horas, siempre que este así haya sido autorizado por el CR. de la Mujer
- Durante el acompañamiento no podré circular por áreas no permitidas
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud de la adolescente, como uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
- Respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
- Colaborar en el cuidado y atención de la adolescente, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).

Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que el Servicio:**

- Se cuenta con sillas para pasar la noche
- Se cuenta con comedor y baños en los pisos para comer y asearme
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario para entrega de información post visita médica

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- La adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
- El equipo o la adolescente requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad de la adolescente, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORIA JURIDICA

- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía a la adolescente, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

**ANEXO 10 "ASENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, NIÑA Y ADOLESCENTE (MENORES DE 18 AÑOS)".**

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, NIÑA Y ADOLESCENTE (MENORES DE 18 AÑOS)".**

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, autorizó a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el CR Gestión Clínica de la Mujer, en la Institución "Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica".

Además, se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- La gestante estará acompañada durante todo el proceso de parto y puerperio inmediato (24 hrs.) por la figura significativa persona que brinda confianza, tranquilizara y ayudara a mejorar el confort de la parturienta.
- Durante el trabajo de parto mi figura significativa Solo podrá acompañarme y deambular por áreas permitidas.
- Mi acompañante durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato me ayudara en la ingesta de alimentos o líquidos si fuera necesario o así yo lo quisiere.
- Se cuenta con Horario establecido de 08:00 a 20:00 hrs para el Acompañamiento Diurno en hospitalizado y de 24 horas, siempre que este así haya sido autorizado por el CR. de la Mujer.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

Se me ha informado que mi acompañante **no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.



DIRECCIÓN

**OFICINA ASESORIA JURIDICA**

- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala sin su asentimiento/consentimiento específico para este fin.

Se me ha informado que el acompañamiento **se podrá restringir** cuando:

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Nombre: Úrsula Acevedo Ibarra Cargo: Referente Hospital Amigo, Servicio de Salud Arica y Parinacota Fecha: Junio 2023 Firma:	Equipo de Enfermeras Supervisoras de CR y SCR de Hospitalización Representado por: Nombre: María Teresa Varas Cargo: Subdirectora de Enfermería Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma:	Nombre: Cristian Quispe Arredondo Cargo: Director Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma:
Nombre: Pablo Manzanares Fernández Cargo: Referente Hospital Amigo Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani Fecha: Junio 2023 Firma:	Equipo de Matronas CR. de la Mujer Representado por: Nombre: Iván Guerrero Espinoza Cargo: Gestor de Matronería Fecha: Junio 2023 Firma:	
Nombre: Soledad Ayllon Rivas Cargo: Referente Ley Mila Hospital Regional Arica Dr. Juan Noé Crevani Fecha: Junio 2023 Firma:	Nombre: Jorge Becerra Tapia Cargo: Subdirector Médico Atención Cerrada y Apoyo clínico Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma:	



DIRECCIÓN  
OFICINA ASESORIA JURIDICA

	<p>Nombre: Dr. Jaime Tobar Almonacid. Cargo: Jefe CR. Infantil Fecha: Junio 2023 Firma:</p>	
	<p>Nombre: Miguel Cornejo Espinoza. Cargo: Jefe CR de la Mujer Fecha: Junio 2023 Firma:</p>	

**2° DÉJASE CONSTANCIA** que se incluyen anexos que señala el “**INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**”; versión 5; el cual forma parte integrante de la presente resolución, para todos los efectos que deriven de su aplicación.

**3° TÉNGASE PRESENTE** que corresponderá a la Subdirección de Enfermería del establecimiento, velará por la observancia del cumplimiento de este procedimiento, o a quien se designe, para ello.

**4° NOTIFÍQUESE** la presente Resolución por funcionarios de la Oficina de Partes del Hospital Regional de Arica y Parinacota “Dr. Juan Noé Crevani”.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.**



**D. CRISTIAN QUISPE ARREDONDO**  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA  
“DR. JUAN NOÉ CREVANI”

- SDAC y AC
- SDAA y PE
- Subdirección Administrativa
- CR Emergencia Hospitalaria
- CR GC Médica
- CR CG Infantil
- SCR Neonatología
- CR GC de la Mujer
- CR CG Quirúrgica General
- CR CG Quirúrgica Traumatológica
- CR Pensionado
- CR CG Pacientes Críticos
- CR CG Salud Mental
- OIR y S
- Oficina Calidad SSA
- Unidad de Gestión de CR
- CR Pabellón Quirúrgico
- SDE
- Of. Calidad y Seguridad del Paciente
- Oficina Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes (2)

Lo que comunico a usted para su conocimiento y fines pertinentes.



**MILICA CASTILLO FABIJANOVIC**  
MINISTRO DE FE

## 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento de entrega de información a los usuarios y/o acompañantes al ingreso a un Centro de Responsabilidad (CR) de hospitalización, relacionada con la Línea Programática Ministerial Hospital Amigo (10 medidas); la cual constituye una estrategia central en la satisfacción usuaria en marco del cumplimiento de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias (Ley Mila).

## 2. ALCANCE:

El presente instructivo aplica en los Centros de Responsabilidad (CR) de pacientes hospitalizados y debe ser conocido por todos los funcionarios y funcionarias del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, así como también estar a disposición de los usuarios, familiares y tutores responsables, dado que describe las circunstancias en que se aplicarán las 10 medidas de Hospital Amigo en los servicios clínicos de hospitalización, las cuales son:

1. 6 horas de visitas diarias en servicios clínicos con camas básicas.
2. Acompañamiento diurno y nocturno de niñas y niños hospitalizados/as.
3. Autorización para acompañamiento diurno y nocturno a adultos mayores en servicios clínicos con camas básicas.
4. Acompañamiento integral del parto (preparto y parto).
5. Autorización para la alimentación asistida de adultos mayores en servicios clínicos con camas básicas.
6. Entrega de información médica diaria.
7. Entrega de Información en Unidades de Emergencia Hospitalaria a la familia y acompañantes.
8. Incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor.
9. Identificación visible de las personas hospitalizadas.
10. Identificación visible de los funcionarios.

Así como también define la aplicación de Ley Mila en los servicio de Hospitalización relacionada con:

- Acompañamiento en todo momento de niñas, niños, y adolescentes por su padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, o persona significativa.
- Acompañamiento en parto, parto y puerperio.

### 3. RESPONSABILIDADES:

#### Responsable ejecución.

- **Enfermero (a) o Matrón (a)**, del Centro de Responsabilidad (CR) de Origen, es responsable de entregar la información sobre el funcionamiento del CR de Hospitalización y medidas que el Hospital Amigo y Ley Mila contempla, al familiar y/o acompañante significativo.
- **Médico Jefe o Médico Tratante de CR**, es responsable de entregar la información al familiar y/o acompañante, sobre el estado de salud del paciente, durante su estadía.

#### Responsabilidad del encargado.

- **Médico Jefe, Enfermera Supervisora de CR y Matrona Supervisora de CR**, es responsable de hacer cumplir éste instructivo y de sugerir las modificaciones cuando estime necesario.

#### Responsable del monitoreo y evaluación:

- **Encargado (a) Hospital Amigo del Establecimiento Hospitalario** es responsable de monitorear el cumplimiento de este instructivo e informar a referente del Servicio de Salud en materia de la Línea Programática Hospital Amigo.
- **Encargado (a) Ley Mila del Establecimiento Hospitalario** es responsable de monitorear el cumplimiento de este instructivo e informar a referente del Servicio de Salud en materia de la Ley Mila.
- **Referentes de Hospital Amigo y Ley Mila del Servicio de Salud Arica**, son responsables de efectuar evaluación de cumplimiento de las medidas para determinar mantención de certificación de Hospital Amigo y Cumplimiento de la Ley Mila, según corresponda.
- **Director del Hospital Dr. Juan Noé Crevani**, es responsable de la mantención de la Certificación de Hospital Amigo y Cumplimiento de Ley Mila.

### 4. TERMINOS Y DEFINICIONES

- **CR:** Centro de Responsabilidad, en este documento hace referencia solo a los Servicios Clínicos de Hospitalización del Hospital Regional de Arica (Medicina, Cirugía, Traumatología, Pediatría, Puerperio, Ginecología, embarazo patológico, Neonatología y Unidad de Paciente Crítico).
- **GCL:** Gestión Clínica
- **HJNC:** Hospital Dr. Juan Noé Crevani
- **OIRS:** Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
- **UPC:** Unidad de Paciente Crítico
- **NNA:** Niños, niñas y adolescentes.
- **Usuario (a):** Paciente que tiene derecho a demandar atención y usar los productos y/o servicios del Hospital, según corresponda su condición clínica, y que no es parte de la institución hospitalaria. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en nuestro establecimiento.
- **Visitante:** Persona que acude al Hospital para "Ver" a un paciente hospitalizado, por un periodo

de tiempo limitado, dentro de los horarios determinados por el establecimiento hospitalario, previo asentimiento y/o consentimiento de la persona hospitalizada, cuando esto sea necesario.

- **Acompañante significativo o acompañante de elección:** Familiar o persona significativa, escogido por el o la persona usuaria, que otorgará soporte emocional, acompañamiento, y acciones de cuidado pertinentes, durante toda su atención ambulatoria y/u hospitalaria, previa declaración informada o asentimiento del usuario o usuaria.
- **Acompañamiento digno:** en el acompañamiento se debe otorgar un trato respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia al acompañante como al NNA, mujer o persona gestante. Se debe entregar información necesaria y comprensible, acorde con la edad y capacidad de la persona; se deben adoptar actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad y realizar acciones concretas de contención, con empatía y respeto. Un acompañamiento digno debe asegurar que no existan diferencias injustas y evitables para ningún grupo o población. Los servicios deben estar disponibles, deben ser sensibles y pertinentes a la diversidad, sin que existan barreras de discriminación por factores culturales, étnicos, religiosos, socioeconómicos, de nacionalidad o por diversidad de género, entre otros. Siempre se debe proteger la intimidad y respetar la integridad física y psíquica de la persona.
- **Acompañamiento diurno y nocturno:** Se refiere a la permanencia de un familiar o persona de confianza al lado del paciente. Este acompañamiento es único para paciente niño, niña, adolescente, mujeres o personas gestantes, pacientes adultos mayores y pacientes en estado de gravedad con previa autorización médica.
- **Autonomía progresiva:** la convención sobre los derechos del niño alude a que NNA, ejerzan sus derechos en función de la evolución de sus facultades y la dirección y orientación adecuada por parte de sus padres, cuidadores u otro adulto legalmente responsable de su cuidado, y de esta forma puedan participar en la toma de decisiones de los asuntos que les conciernen o le afectan. De conformidad al sistema de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, podrá ejercer sus derechos en consonancia con la evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, salvo que la Ley limite este ejercicio, tratándose de derechos fundamentales. Su aplicación en el contexto de la atención en salud se vincula directamente con la generación de oportunidades para que NNA participe, otorgando el tiempo y la información adecuada para ello. Los padres y/o madres, representantes legales o las personas que lo tengan legalmente a su cuidado, deberán prestarles orientación y dirección en el ejercicio de sus derechos. Es deber del estado, respetar, promover y proteger el ejercicio de este derecho.
- **Asentimiento:** Es un proceso continuo de, comprensión y aceptación manifestada por una persona menor de 18 años, con entrega de información para una toma de decisión. En el caso de los niños. En el caso de niñas, niños y adolescentes, este derecho debe ser respetado y considerado de acuerdo con sus facultades y desarrollo cognitivo, teniendo presente las características propias que diferencian a adolescentes de los niños y niñas.
- **Acompañamiento en pre-parto, parto y puerperio:** La presencia de compañía y apoyo significativo, para una persona que está en trabajo de parto, se considera como un elemento facilitador del parto "humanizado, respetado o personalizado". La compañía de un apoyo

significativo que ejerce un rol contenedor disminuye el estrés, dolor y la ansiedad de la mujer o persona gestante, lo cual conlleva una racionalización de las intervenciones sanitarias y por tanto, mayor probabilidad de que el parto evolucione de forma fisiológica.

- **Usuario Adulto Mayor:** Corresponderá a todo usuario y usuaria que tenga 60 años o más.
- **Usuario Pediátrico:** Corresponderá a todo usuario y usuaria que tenga menos de 10 años.
- **Usuario Adolescente:** Corresponde al periodo de 10 años hasta 19 años.
- **Enfoque de género:** La equidad de género intenta mejorar las oportunidades de mujeres y hombres, de modo que tengan las mismas posibilidades de acceder y disfrutar de los beneficios de las políticas públicas, vale decir de los bienes y servicios proporcionados por ellas. Contribuyen a la igualdad de género y apoyan la equidad en salud.

## 5. REFERENCIAS

- Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes.
- Ley N° 21.372, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, MINSAL año 2021.
- Norma Técnica y Administrativa Ley N°21.371, MINSAL año 2022.
- Ord. C37 N°1072 (04.004.2023), Orientaciones Técnicas Línea Programática Hospital Amigo, Ministerio de Salud.

## 6. DESARROLLO.

### 6.1 Descripción.

#### 6.1.1 Procedimiento entrega de Información al ingreso de Hospitalización.

1. Usuario o usuaria ingresa al Centro de Responsabilidad (CR) a hospitalizarse.

\*Niñas, Niños y Adolescentes deberán ingresar con un acompañante.

2. Enfermero (a) o Matrón (a) a cargo de la recepción, se identifica y realiza la recepción del paciente, verificando los documentos de ingreso.

Funcionarios deberán portar en todo momento su credencial de Identificación Institucional

3. Enfermero (a) o Matrón (a) a cargo de la recepción, entrega información al usuario, usuaria y acompañante sobre el funcionamiento del Centro de Responsabilidad, en especial informando las medidas establecidas por "HOSPITAL AMIGO" y "LEY MILA".

- a) **N° de visitas:** Se autorizarán **2 visitantes simultáneos** en horario señalado por cada CR de Hospitalización, con las siguientes excepciones:

- En las Unidades de Paciente Crítico Adulto se autorizará 1 visita a la vez, debiendo ser solo familiares cercanos (Pareja, hijos/as, padres y hermanos).
  - Visitas a Pacientes en Aislamientos, se autorizará 1 persona a la vez con un máximo de 2 personas durante el día, según condición clínica del usuario y usuaria.
  - CR. Emergencia, no tiene condición de Hospitalización, se permitirá la compañía de 1 persona.
  - Pacientes Hospitalizados en el CR Salud Mental, se autorizará 1 persona como máximo y se evaluará de acuerdo a la condición clínica del usuario y usuaria.
- Podrán ingresar como visitas adolescentes ( $\geq 12$  años) y adultos ( $\geq 18$  años).
- En Niñas, Niños y Adolescentes, se aceptarán visitas de padre, madre, cuidador o persona significativa, previo a su asentimiento y/o consentimiento según corresponda (Anexo N° 1 y 2).

En caso de Contingencia Sanitaria (Pandemia, Brotes de IAAS, entre otros) esta medida será reacondicionada, autorizándose solo 1 visita en todos los CR. De Hospitalización.

Ante brotes de IAAS, el Equipo de Programa de Prevención y Control de IAAS del HJNC podrá determinar suspender las visitas, luego que a pesar de las medidas de control implementadas, no se haya logrado documentar una contención del Brote y se demuestre que la presencia de visitas y su interacción con otros pacientes se asocia con la transmisión.

b) **Horario de Visitas:** Todos los servicios de hospitalización contarán con horario de visitas. Los servicios clínicos con camas básicas deberán considerar un mínimo de 6 horas de visitas.

- Unidades de pacientes crítico adulto, pediátrico y neonatal, así como también CR. Salud Mental, se exceptúan de las 6 horas de visitas, estableciéndose de igual forma un horario determinado por casa servicio.

En caso de Contingencia Sanitaria (Pandemia, Brotes de IAAS, entre otros) esta medida será reacondicionada, reduciéndose el horario.

- Existirán 2 horarios de visitas establecidos, considerándose "Situación Normal" y "Situación Contingencia Sanitaria".
- Durante el horario establecido para la situación "Normal", las visitas podrán variar, haciendo uso de los 2 cupos disponibles por paciente hospitalizado.
- Durante el horario establecido para la situación "Contingencia Sanitaria", solo se dispondrá de 1 cupo para visitas. La visita será otorgada a solo 1 persona durante la estadía hospitalaria, este solo podrá variar si el Enfermero (a), Matrón (a) o Médico lo autoriza. En esta situación de contingencia el cupo de visita autorizado será registrado en el Sistema Informático Hospitalario.

El Horario establecido de visitas por cada CR de Hospitalización es el siguiente:

Centro de Responsabilidad	Horario de Visitas (Normal) De lunes a domingo	Horario de Visitas (Contingencia Sanitaria) De lunes a domingo.
Gestión Clínica Médica (Medicina)	12:00 -18:00 horas	11:30- 12:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	12:00 -18:00 horas	13:00-14:00 horas
Gestión Clínica de la Mujer (Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	12:00 -18:00 horas	16:30-17:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgico General (cirugía sala y aislamientos) Post Operados	12:00 -18:00 horas	16:00-17:00 horas 15:00 a 16:00 horas

## INSTRUCTIVO

### ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

Gestión Clínica Infantil (Pediatria) UPC Pediátrica	15:00 -16:00horas 15:00 -16:00 horas	15:00 -16:00horas 15:00 -16:00 horas
Gestión Clínica Neonatológica (UPC y Básica)	08:30 -19:30 horas (Mamá y Papá)	08:30 -19:45 horas 21:00 -22:00 horas  (Mamá o Papá)
Gestión Clínica Paciente Crítico (Unidad de Paciente Critico adulto)	09:00 a 10.00 horas 14.30 a 15:30 horas Sábados domingos y festivos de 10:00 a 11:00 horas y de 14:30 a 15:00 horas.	De Lunes a domingo 14.30 a 15:30 horas
Gestión Clínica Salud Mental -Psiquiatría Adulto  -Psiquiatría Infanto Adolescente	Lunes a domingo De 14:00horas a 16.00horas. Lunes a viernes de 16.00horas a 18:00horas. Sábado y Domingo 15:00 a 18:00 horas.	<b>Lunes a domingo</b> <b>Mujeres</b> 14:00-15:00horas Hombres 15:00-16:00horas  <b>Lunes a domingo</b> 16:00-17:00 horas

c) **Acompañamiento:** Se debe informar que el Hospital Dr. Juan Noé Crevani garantiza el acompañamiento en servicios de hospitalización que albergan a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, en cumplimiento a las condiciones a continuación se señalan. El acompañamiento podrá ser efectivo por:

- **Niños menores de 10 años:** Padre, Madre, adulto significativo o tutor autorizado para esto, debiendo contar con el asentimiento del niño/niña (Anexo N°1) y Declaración Informada (Anexo N°1) del acompañante.
- **En adolescentes:** El acompañamiento se podrá extender a personas significativas, debiendo contar con su asentimiento o consentimiento del mismo/a, según corresponda y declaración informada (Anexo N°1) del acompañante.

En caso de los niños, niñas y adolescentes se deberá solicitar el llenado del documento "Asentimiento Informado" o "Consentimiento Informando" (Anexo N°1 o 2), según corresponda). Ambos documentos deberán firmarse al ingreso de la Hospitalización, posteriormente legajarse a la ficha clínica del paciente, al igual que el registro "Declaración Informada" (Anexo N°3) que es firmado por los acompañantes. En caso de incorporarse durante la estadía hospitalaria un nuevo acompañante previo a su ingreso se deberá contar con el asentimiento o consentimiento del NNA, luego al ingresar al CR. Hospitalización el acompañante firmar la declaración informada.

- **Adulto mayor:** El acompañamiento podrá ser efectuado por familiar, cuidador o persona significativa, debiendo registrarse el nombre del acompañante en el registro "Relación de Pacientes" (Anexo N°4).

**Los funcionarios y funcionarias no podrán emitir sugerencias y/o preferencias por el sexo del acompañante, siempre se debe dejar la posibilidad que sea un hombre o mujer quien efectuó el acompañamiento diurno y nocturno, según lo determine el propio usuario, usuaria o sus familiares.**

- Respecto al número de personas, solo estará autorizado a realizar el acompañamiento 1 persona de forma simultánea.
- Considerando la edad de los acompañantes, podrán ser efectivos por mayores de 12 años en horario diurno.
- Las personas acompañantes podrán ser varias en el tiempo, siempre y cuando esta información sea proporcionada al Enfermero (a) o Matrón (a) de turno, autorizándose el ingreso, siempre y cuando, se cuente con el llenado de los registros anteriormente mencionados.
- El acompañamiento podrá ser realizado por adultos o adolescentes, en el caso de acompañamiento de menores de 18 años, solo estará autorizado el acompañamiento en horario diurno.
- Respecto al horario de acompañamiento, se ha establecido que este será siguiente:

Identificación Centro de Responsabilidad	Horario Diurno	Horario Nocturno
Gestión Clínica Médica	24 horas del día	
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	24 horas del día	
Gestión Clínica de la Mujer: - Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	24 horas del día	
Gestión Clínica Quirúrgico General: -Cirugía sala y aislamientos. -Post Operados	24 horas del día	
Gestión Clínica Infantil:  -Pediatría:  -UPC Pediátrica	08:30 -19:30 horas  08:30 -19:30 horas	21: 00 – 07:00 horas.  En UPC siempre que la condición clínica lo permita

Gestión Clínica Neonatológica - Neonatología - UPC Neonatología	De 8:30 horas a 19:30horas y de 20:30 horas a 7:30horas, siempre que la condiciones clínica lo permita.
Gestión Clínica Paciente Crítico Adulto: -UPC Adulto	08:30 -19:30 horas y de 21: 00 – 07:00 horas, siempre que la condición clínica lo permita.
Gestión Clínica Salud Mental: -Adulto: -Infanto-Adolescente	08:30 -19:30 horas y de 21: 00 – 07:00 horas, siempre que la condición clínica, médica y ambiental lo permita.

- Se autorizará el acompañamiento **24 horas**, independiente del servicio de hospitalización en las siguientes situaciones:

- Niña, niño o adolescente con condición incapacitante, trasplantado, oncológico y/o inmunocomprometido que determine situación de dependencia y que requiera la presencia de un cuidador con vinculo previamente establecido.
- Niña, niño o adolescente que recibe una atención de salud que provoque un impacto físico o emocional, como por ejemplo dolor o angustia.
- Neonatos y lactantes (primeros mil días), donde el vínculo con el cuidador incide directamente en el neurodesarrollo y seguridad.
- Niña, niño o adolescente en el Espectro Autista (EA), trastorno de la conducta , otros trastornos del desarrollo o condición de salud mental que requiera un mayor acompañamiento o contención emocional de parte del cuidador principal.
- Recién Nacidos, lactantes y preescolares en periodo de amamantamiento.
- Niña, niño o adolescente en fase de cuidados de fin de vida.

- Durante la jornada diurna, podrá efectuarse simultáneamente la visita y acompañamiento, considerándose un máximo de 2 personas por paciente (1 acompañante y 1 visita). A excepción de los dentro de UCI y UTI.

! -----  
 ! **En Contingencia Sanitaria, solo habrá cupo para 1 persona, por lo que en**  
 ! **caso de contar con visita, el cupo será priorizado para ésta, debiendo**  
 ! **retomar el acompañamiento al término del horario de la visita.**  
 ! -----

- Durante los procedimientos que se realicen en sala o en otra instalación, se resguardará por el Equipo de Salud que el acompañamiento se mantenga, siempre y cuando, no represente un riesgo para la atención misma. Durante el o los procedimientos se le informará al acompañante sobre el proceso y cómo éste puede colaborar para disminuir el estrés del NNA.

- Cuando el acompañante coopere o realice acciones básicas de cuidado (tales como: alimentación, aseo y confort, recreación, educación, entre otras), el Equipo de Salud supervisará la realización de estas, a fin de resguardar una eventual responsabilidad legal del Servicio y/o profesionales.

- El Equipo de Salud podrá solicitar el abandono del acompañante si este muestra actitudes de agresividad o cualquier tipo de conductas que interfiera en el funcionamiento o atención de salud o constituya incumplimiento del Reglamento Interno del HJNC.

**Suspensión de acompañamiento:**

**Causas sanitarias:**

- Padre, madre o la persona que esté realizando el acompañamiento, o pretenda hacerlo, no podrá cursar ningún cuadro infeccioso transmisible que no pueda ser contenido por algún medio (no farmacológico como EPP o farmacológico), durante el periodo de transmisibilidad.
- Ante brotes de IAAS, el Equipo de Programa de Prevención y Control de IAAS del HJNC podrá determinar suspender los acompañamientos, luego que a pesar de las medidas de control implementadas, no se haya logrado documentar una contención del Brote y se demuestre que la presencia de acompañamientos y su interacción con otros pacientes se asocia con la transmisión.

**Causas No sanitarias:**

- Cuando niña, niño y adolescente, manifieste oposición (no da asentimiento) a tener contacto con la persona que desea brindar acompañamiento.
- Equipo de Salud, podrá limitar el ingreso del acompañamiento en caso de que se encuentre en estado de crisis de salud mental, agitación psicomotora, encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas, alguna otra situación que ponga en riesgo la salud física y mental del NNA, durante la ocurrencia de la misma.
- Restricción legal o judicial que prohíba la visita. En este caso se deberá solicitar respaldo del documento e incorporar en ficha clínica.

d) **Acompañamiento en Preparto, Parto y Puerperio.** La mujer o persona gestante que ingresa a la respectivo CR. a hospitalizarse o Ingrese desde CR. Emergencia Hospitalaria y se le dirija a Pabellón se le informará sobre su situación, estadía y derecho al acompañamiento, debiendo decidir si desea ser acompañada durante su embarazo, trabajo de parto o puerperio.

- El acompañamiento podrá ser efectuado por "**Padre o Persona significativa que ella designe**, la cual podría variar durante la hospitalización". En casos de Adolescente el Médico o Matron (a) podrán autorizar el ingreso de una figura de apego y su pareja, según la situación de la gestante.

- Se le entregará información clara, oportuna y suficiente para que tanto la mujer o persona gestante o púerpera, como el/la acompañante, puedan enfrentar el proceso de trabajo de parto y puerperio, de acuerdo a lo establecido por el "Protocolo Entrega de Información para el Preparto, Parto y Puerperio" del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.
- Al finalizar se entregará folleto "Información para el acompañamiento en preparto, parto y puerperio", el cual considerará:

**Información mínima para padres o madre del recién nacido y/o acompañante significativo**

1. Condiciones del trabajo de parto y puerperio.
2. Procedimientos vinculados al trabajo de parto y puerperio.
3. Condición de salud de la mujer o persona gestante y del embrión-feto-recién nacido.
4. Actividades en el trabajo de parto y puerperio:
  - Posicionamiento
  - Verticalidad
  - Deambulación
  - Movimiento
  - Reboso
  - Alimentación
  - Respiración
  - Vocalizaciones
  - Masajes
  - Interacción con recién nacido
5. Situaciones de alerta.
6. Deberes y derechos de los pacientes.
7. Información administrativa.

- Se le debe informar las medidas para el fomento de interacciones de apego, lactancia y cuidado por parte de los padres al recién nacido (a), como parte de la corresponsabilidad y la protección a la familia. Considerando dentro de estas acciones:
  - Contacto piel a piel durante la primera hora de vida con su madre, padre o acompañante significativo y primer acoplamiento en lactancia de acuerdo con lo indicado en la Norma General Técnica de Atención Integral al Recién Nacido.
  - Alojamiento conjunto diada madre-hijo o hija.
  - Acompañamiento de los padres, en la realización de procedimientos clínicos al recién nacido o lactante, incorporándoles en medidas de alivio del dolor como por ej. Tetanalgesia.
  - En el caso que sea medicamento necesario separar al niño o niña de su madre, se debe entregar toda la información correspondiente de acuerdo a lo indicado en la Ley N°20.584.
- Los equipos clínicos deben evaluar la idoneidad de la persona y consensuar con la mujer

o persona gestante el cambio por otro acompañante significativo. A continuación, se detalla el listado de motivos por los cuales el acompañante significativo no puede cumplir este rol.

**Situaciones en que el padre o madre del recién nacido y/o acompañante significativo no puede cumplir su rol.**

1. Presencia de patología infectocontagiosa activa.
2. Estados de intemperancia o consumo de drogas.
3. Problemas de salud mental agudos descompensados y/o agresivos.
4. Agitación psicomotora.
5. Ante casos de hostilidad o violencia hacia la persona gestante/puérpera y/o personal del establecimiento.
6. Resoluciones judiciales o disposiciones legales que le impidan acercarse a la mujer o persona gestante.
7. Cuando la mujer gestante revela que su acompañante es su agresor.
8. Cuando el acompañante no respeta las normas del servicio clínico.
9. Estados de salud grave, que no permita el acompañamiento.

**Suspensión temporal de acompañamiento:**

1. Si la autoridad declara Estado de excepción Constitucional de catástrofe:
  - a. Calamidad pública.
  - b. Alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia a causa de una enfermedad contagiosa. Solo si no se cuenta con EPP adecuado y/o la condición epidemiológica pueda poner en riesgo tanto a la persona gestante como a su acompañante.
2. Evento de seguridad pública.
3. Evento de seguridad al interior del establecimiento o alerta por alto riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, regulado por resolución de la Dirección que explicita la alerta, así como la fecha de inicio y término de esta restricción.

e) **Alimentación asistida:** Todo adulto mayor tendrá derecho a la alimentación asistida por un familiar o persona significativa, así como también, todo usuario y usuaria que su condición clínica lo requiere, esto último exceptuando las Unidades de Paciente Crítico Adulto. Esta autorización debe registrarse en la hoja "Relación de Pacientes".

f) **Entrega de información estado de salud:** Informar que el Médico o Profesional tratante entregará información **diaria** de su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio, según corresponda.

- Considerar, que tanto niño, niña y adolescente también podrán recibir información sobre su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento,

adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.

- Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información será entregada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.
- Se debe informar, que durante su estadía se entregará información al Familiar o Persona Significativa. En caso de niños, niñas, adolescentes, y mujer o persona gestante, será debe consultar sobre la participación de su acompañante, en el proceso de entrega de información. La entrega de información debe considerar:
  - Estado de salud del paciente
  - Posible Diagnóstico
  - Procedimientos realizados
  - Evolución de su tratamiento

**La Entrega de Información a Familiar o Persona Significativa en situaciones de contingencia (sanitaria o no sanitaria) será presencial o a través de uso de medios remotos (contacto telefónico o videollamadas), lo que dependerá de la situación hospitalaria y/o riesgo que exista para el familiar o persona significativa.**

IMPORTANTE: La entrega de información se debe realizar utilizando lenguaje acorde a la edad del paciente y al acompañante con lenguaje claro, sencillo e inclusivo con apoyo de imágenes si fuese necesario.

- La entrega de información a la familia o persona significativa será de preferencia presencial, cuyo horario de entrega de información será el siguiente:

Identificación Centro de Responsabilidad	Horario entrega de información	Días
Gestión Clínica Médica	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica de la Mujer (Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio)	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Quirúrgico General (cirugía sala y aislamientos) Post Operados	09:00 a 13:00 horas	Lunes a Viernes

INSTRUCTIVO  
ENTREGA DE INFORMACIÓN AL  
INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

Gestión Clínica Infantil Médico Pediatra Cirujano Infantil	09:30 a 10:00 horas 08:30 a 09:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Neonatológica	10:00 a 11:00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Salud Mental	09:00 a 10.00 horas	Lunes a Viernes
Gestión Clínica Paciente Crítico	09:00 a 10.00 horas	Lunes a Viernes

4. Enfermero (a) o Matrón (a), además de entregar información verbal debe entregar dípticos transversal y específico (del área de hospitalización) a familiar, tutor, acompañante o usuario y usuaria (en caso que se presente sin compañía en el CR), estos son:
5. Una vez entregada la información verbal y escrita el Enfermero (a) o Matrón (a), hace firmar al usuario/usuaria, familiar y/o acompañante la **"Hoja de Ingreso de Enfermería o en la "Hoja de Signos Vitales de Matronería"**, según corresponda, como medio de constancia de la entrega de información.
6. TENS instalará **LETRERO** con nombre de usuario (a) en cabecera de la camilla, considerando el **"Primer Nombre, Segundo Apellido y Primera inicial del segundo apellido"** (si tuviera), el que debe coincidir con el brazalete de identificación, ambos deben tener sus datos correctos de acuerdo al documento de identificación. En caso que el paciente tenga un nombre social, se deberá registrar éste en el letrero.
7. Al momento del alta, el Médico Tratante elabora EPICRISIS en la Ficha Clínica Soporte Electrónico, posteriormente imprime 2 copias y procede a entregar la información al paciente y acompañante. Una vez entregada la información solicitará la firma de una copia del documento que será legajado en ficha clínica soporte físico una vez haya sido firmada por el Paciente, finalmente entregará la otra copia al usuario/usuaria, familiar, tutor o acompañante. En caso de Adultos Mayores, Niñas, Niños, Adolescentes y Puérperas, siempre deberán estar acompañados al momento del alta, debiendo estar firmada la recepción de información por el padre, madre, familiar o persona significativa, según corresponda, cuyo nombre quedará registrado en la Epicrisis de Enfermería o Matronería.
8. El Enfermero (a) o Matrón (a) planifica el egreso confeccionando la elabora EPICRISIS en la Ficha Clínica Soporte Electrónico, imprimiendo 2 copias; una para legajar a la ficha clínica soporte físico, y la otra para entregar al paciente, familiar, tutor o acompañante.

9. Secretario (a) del CR entrega al familiar, tutor y/o acompañante los documentos para realizar trámite de egreso en Oficina de Recaudación del Hospital.
10. Una vez que el familiar, tutor y/o acompañante regresa al CR, el enfermero (a) o Matrón (a) educa al paciente, familiar, tutor y/o acompañante sobre el seguimiento de sus cuidados, se encarga de chequear y revisar la receta y medicamentos entregados al usuario /usuaria.
11. Una vez que Médico, Enfermero (a) o Matrón entregan indicaciones, Enfermero (a) o Matrón (a) entregan copia de epicrisis médica, de enfermería o matronería a usuaria, usuario, familiar, tutor o acompañante (según condición clínica del paciente), solicitando la firma de la epicrisis para dejar constancia de recepción de la información.

## 6.2 Indicadores de Monitoreo

**Nombre del Indicador:** *Cumplimiento de medidas de Hospital Amigo*

**Formula:**

$$\frac{\text{Total de medidas cumplidas por establecimiento en el periodo}}{\text{Total de medidas que debe cumplir el establecimiento en el periodo}} \times 100$$

**Periodicidad:** *Trimestral o según periodicidad determinada por el Nivel Central.*

## 7 REGISTROS

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados Adultos
Identificación	SGC HJNC CE R N° 001
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados de Pediatría
Identificación	SGC HJNC CE R N° 024
Llenado	Enfermera
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados
---------------------	---

**INSTRUCTIVO**  
**ENTREGA DE INFORMACIÓN AL**  
**INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**

	<i>de Neonatología</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC CE R N° 010</i>
<i>Llenado</i>	<i>Enfermera</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis de Enfermería Adulto</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC CE R N° 009</i>
<i>Llenado</i>	<i>Enfermera</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis de Enfermería Pediátrica y Neonatológica</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC GCINF R N° 018</i>
<i>Llenado</i>	<i>Enfermera</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis Medica Digital RN Prt</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC GCINF R N° 014</i>
<i>Llenado</i>	<i>Medico</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis Medica Digital RNT</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC GCINF R N° 015</i>
<i>Llenado</i>	<i>Medico</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis de Matonería Digital</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC CE R N° 028</i>
<i>Llenado</i>	<i>Matrona</i>
<i>Acceso</i>	<i>Clínico</i>
<i>Mantención</i>	<i>15 años</i>
<i>Almacenamiento</i>	<i>Ficha Clínica</i>

<i>Nombre del Registro</i>	<i>Epicrisis Médica Adulto Digital</i>
<i>Identificación</i>	<i>SGC HJNC SDAC R N° 026</i>

Llenado	Médico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Epicrisis Medica Pediátrica Digital
Identificación	SGC HJNC GC INF R N° 006
Llenado	Médico
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

Nombre del Registro	Signos vitales GCI de la Mujer
Identificación	No Aplica
Llenado	Matrón (a)
Acceso	Clínico
Mantención	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

## 8 DISTRIBUCIÓN.

SDAC – SD At. Abierta – SDA-CR Urgencia –CRGCL Medicina, CRGCL Infantil, SCR Neonatología-  
 CRGCL de la Mujer-CRGCL Quirúrgica Gral.-CRGCL Quirúrgica Traumatológica- CR Pensionado-  
 CR GCL Pacientes Críticos- CRGCL Salud Mental-CR Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente  
 – OIRS - Oficina de Calidad del SSA – Oficina de Asesoría Jurídica – Unidad de Gestión de CR -CR  
 Pabellón Quirúrgico-SD Enfermería

## 9 MODIFICACIONES

Párrafo que se modifica	Página	Fecha
Objetivos	1	Mayo 2017
Se modifica desarrollo de instructivo	2 y 3	
Se modifican Dípticos informativos	9 a la 17, y 27	
Se modifica distribución	7	Junio 2018
Modificación del Objetivos y responsables	1	
Definiciones	2	
Desarrollo del Instructivo	3,4,5,6 y 7	
Incorpora indicador flujograma	8	
Modificaciones asociadas a Ley MILA y situaciones de contingencia sanitaria.	9	Abril 2023
	Documento en General	

**10. ANEXOS: Anexo N°1 “Asentimiento Informado para el acompañamiento de Niños, niñas y adolescentes En SCR Pediatría”**

**“Asentimiento Informado para el acompañamiento de Niños, niñas y adolescentes En SCR Pediatría”**

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, autorizó a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de salud en Pediatría, en la Institución “Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica”.

Además, se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- Puede ser durante 24 horas
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

Se me ha informado que mi acompañante **no puede**:

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala sin su asentimiento/consentimiento específico para este fin.

Se me ha informado que el acompañamiento **se podrá restringir** cuando:

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	



**INSTRUCTIVO**

**ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

**Anexo N°2 “Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada”.**

**Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada**

Yo,....., RUN....., acompañante de....., que se encuentra en el Servicio de..... del Hospital Juan Noé Crevani declaro que:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
  - Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del niño, niña o adolescente (NNA).
  - Puede ser durante las 24 horas.
  - Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
  - Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
  - Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que el Servicio:**

- Cuenta con:..... para pasar la noche (silla).
- Cuenta con: comedor en el 2do piso para comer y baños de visitas dispuestos en los pasillos.
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser a las 9 y 21 horas. En otro horario, deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario para entrega de información: de 9 a 10 horas.

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenosos y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento o consentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.



**INSTRUCTIVO**  
**ENTREGA DE INFORMACIÓN AL**  
**INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

**ANEXO 3 “Asentimiento (menores 18 años) y consentimiento informado (> o igual 18 años) para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento”.**

**Asentimiento (menores 18 años) y consentimiento informado (> o igual 18 años) para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento**

Yo, ....., RUN ....., de ..... años, autorizo a ..... como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el Servicio ....., en el Hospital Juan Noé Crevani.

**Además, se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento o consentimiento.
- Puede ser durante las 24 horas.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, respetar horario de descanso de los pacientes y privacidad.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

**Se me ha informado que mi acompañante no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenoso y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala, sin su asentimiento/consentimiento.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me informado que el acompañamiento se podrá restringir cuando:**

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_



INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I Nº 004
Fecha Última Revisión: Junio 2023
Próxima Revisión: Junio 2023
Versión 5

Anexo Nº 4 "Declaración Informada Para el Acompañamiento en el SCR. Pediatría"

Declaración Informada Para el Acompañamiento en el SCR. Pediatría

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_, acompañante de \_\_\_\_\_, que se encuentra hospitalizado en el servicio de PEDIATRIA del Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noe Crevani", mediante la firma del presente documento declaro lo siguiente:

Se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, previo asentimiento del NNA (niño, niña o adolescente).
- El acompañamiento podrá extenderse hasta por 24 dependiendo del tipo de cama, sala o aislamiento, el horario de acompañamiento de UCI solo diurno.
- Implica respetar las instrucciones del equipo de salud, cuyo propósito es resguardar la seguridad del NNA, la que podrá incluir entre otras cosas: el uso de mascarillas clínica permanente, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas del Establecimiento de Salud, etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo de salud (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.)
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA que usted acompaña y no de otros pacientes en sala).
- Se deberá ejecutar respetando las vías, registro y control de acceso establecidos, por lo que en caso de no ser respetados, podrá implicar solicitar su retiro desde el servicio de Pediatría.

Se me ha informado que el servicio de Pediatría:

- Cuenta con bergere o sillón para poder descansar durante la noche. Por motivos de seguridad para el NNA, se encuentra prohibido para el acompañante acostarse en la cama de nuestros pacientes.
- Cuenta con un casino diurno para que usted pueda alimentarse, el que le será indicado por el personal del servicio.
- Por motivos de seguridad, el ingreso o recambio del acompañante deberá ser coordinado previamente con el personal encargado del servicio.
- Tiene establecido como horario para la entrega de información del estado de salud del NNA por parte del médico tratante de 9:30 a 13:00 horas.
- Como parte de los protocolos de seguridad institucional, podrá utilizar medidas de sujeción o contención física para evitar caídas o retiro de elementos invasivos, como sondas o vías venosas. Cabe señalar que estas medidas, en caso de ser necesarias, les serán debidamente informadas para su conocimiento y comprensión

Se me ha informado que no se permite:

- Ocupar el baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión. Importante destacar que esta situación puede afectar gravemente el bienestar del NNA, toda vez que una caída puede generar graves lesiones.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, esto solo lo puede realizar el equipo de salud considerando los riesgos para el NNA.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as, instalaciones o funcionarios.
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

La principal preocupación del servicio de Pediatría es colaborar en la recuperación y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes que necesitan nuestros servicios, por lo que contar con su colaboración y respeto es muy relevante para nuestro servicio. De igual manera, es relevante que usted conozca y considere que en caso de no respetar las instrucciones o normativa establecida en el servicio, así como frente a situaciones que comprometan la seguridad de nuestros pacientes, funcionarios, infraestructura o equipamiento, se le podrá solicitar su retiro del servicio, incluyéndose en caso de ser necesario, la intervención de nuestros equipos de seguridad o la presencia de Carabineros de Chile.

FIRMA DE ACOMPAÑANTE.

FECHA \_\_\_\_\_

Table with 2 columns: Label (NOMBRE PROFESIONAL, RUN, FIRMA) and Signature/Date area.

**Anexo N° 5 “Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada  
En C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente”.**

**Declaración informada para el acompañamiento en atención cerrada  
En C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente**

Yo,....., RUN.....,  
acompañante de....., que se encuentra en el  
Servicio de C.R. Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente del Hospital Juan Noé Crevani  
declaro que:

**Se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del niño, niña o adolescente (NNA).
- Se cuenta con horario establecido para el acompañamiento Diurno y Nocturno, el que puede ser durante 24 horas, siempre que este haya sido autorizado por médico jefe de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).
- Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

**Se me ha informado que el Servicio:**

- Cuenta con silla para pasar la noche.
- Cuenta con comedor en el 2do piso para comer y baños de visitas dispuesto en sala de espera de la unidad.
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser a las 9 y 21 horas. En otro horario, deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.
- Tiene como horario para entrega de información: de 9 a 10 horas.

**Se me ha informado que no se permite:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenosos y orales.

- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as.
- Realizar acciones en contra de la integridad de los funcionarios
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:**

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento o consentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe un trastorno vincular entre el NNA y el/la acompañante, que afecte la evolución clínica del paciente.
- Se pesquisa que el/la acompañante interfieren desfavorablemente en la evolución clínica del NNA.
- Paciente presente desajustes conductuales que requieran la aplicación de protocolo institucional "Procedimiento de Contención Física para pacientes con agitación psicomotora".

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.



**INSTRUCTIVO**  
**ENTREGA DE INFORMACIÓN AL**  
**INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

**Anexo N° 6 “Asentimiento Informado para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento en C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente”.**

**Asentimiento Informado para niño, niña o adolescente (NNA) sobre el acompañamiento en C.R Gestión Clínica Salud Mental Infanto Adolescente.**

Yo, ....., RUN ....., de ..... años, autorizo a ..... como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el Servicio ....., en el Hospital Juan Noé Crevani.

**Además, se me ha informado que el acompañamiento:**

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- Se cuenta con horario establecido para el acompañamiento Diurno y Nocturno, el que puede ser durante 24 horas, siempre que este haya sido autorizado por médico jefe de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, respetar horario de descanso de los pacientes y privacidad.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño y orden de la unidad del paciente).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

**Se me ha informado que mi acompañante no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- No se encuentra autorizado manipular medicamentos endovenoso y orales.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala.
- Estar presente en la entrega de turno para salvaguardar la privacidad de los pacientes.

**Se me informado que el acompañamiento se podrá restringir cuando:**

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.
- Presente desajustes conductuales que requieran la aplicación de protocolo institucional “Procedimiento de Contención Física para pacientes con agitación psicomotora”.

Esta confidencialidad se mantendrá siempre y cuando no ocurra una situación que requiera romperla, como ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud – GES, entre otras situaciones que ponga en riesgo al NNA o a otra persona.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004

Fecha Última Revisión: Junio 2023

Próxima Revisión: Junio 2023

Versión 5

### Anexo N° 7 “Declaración informada para el acompañamiento en SCR. Neonatología de Recién Nacidos hospitalizados en Cuidado Básico”

#### Declaración informada para el acompañamiento en SCR. Neonatología de Recién Nacidos hospitalizados en Cuidado Básico

Yo ....., RUN ....., acompañante de ....., que se encuentra hospitalizado en el Servicio de Neonatología en cuidados básicos del Hospital de Arica “Dr. Juan Noé Crevani”, mediante la firma del presente documento declaro lo siguiente:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo (*padre, madre o tutor*)
- Puede ser durante las 24 horas.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del RN como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo.
- Implica colaborar en el cuidado y atención del RN, según las indicaciones del equipo (muda y alimentación)
- el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

#### Se me ha informado que en el Servicio de Neonatología:

- Cuenta con: silla para el acompañante.
- Cuenta con un casino de alimentación diurno para que pueda alimentarse.
- Cuenta con baños fuera de la unidad.
- Cuenta con casilleros para guardar pertenencias
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser coordinado previamente con el personal del servicio.
- Tiene como horario para entrega de información lunes a viernes desde las 10:00 hrs a 12:00 hrs con médico tratante, y fines de semana o festivos según disponibilidad de médico de turno

#### Se me ha informado que no se permite:

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el RN se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Utilizar celulares dentro del servicio y específicamente en la unidad del paciente.
- Sacar fotos o filmar videos.

#### Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:

- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- Se requiera realizar algún procedimiento con el RN u otro paciente de la sala, momentáneamente.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del RN, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del RN, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al RN, o de otro paciente en sala.

**El no cumplimiento de las normas del Servicio de Neonatología podrá condicionar o suspender al acompañamiento.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Anexo N° 8 “Declaración informada para el Acompañamiento en atención cerrada  
Gestión Clínica de la Mujer

**Declaración informada para el Acompañamiento en atención cerrada Gestión Clínica  
de la Mujer**

Yo,....., RUN... ..-  
....,acompañante de.....,  
que se encuentra en centro de Responsabilidad Gestión Clínica  
de la Mujer del Hospital Dr. Juan Noé C. de Arica, Declaro que:

Se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento del NNA (niño, niña o adolescente).
- Puede ser durante las 24 horas.
- Implica respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud del NNA, como uso de mascarillas, lavado de manos, circulación por áreas determinadas y autorizadas por el Establecimiento de Salud. etc.
- Implica respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
- Implica colaborar en el cuidado y atención del NNA, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).

Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

Se me ha informado que el Servicio:

- Cuenta con sillas para pasar la noche.
- Cuenta con lugar habilitado con sillas y mesa para comer en el mismo piso.
- Cuenta con baño sin ducha para asearse, el mismo piso
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser 2 veces al día con previo acuerdo con la matrona de la unidad
- Tiene como horario para entrega de información después de la visita médica

Se me ha informado que no se permite:

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando NNA se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Entregar alimentos o bebidas a NNA traídos externamente
- Usar el teléfono mientras el NNA esté siendo atendida por personal de salud

- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa por escrito
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.

Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:

- El niño, niña o adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
- El equipo o el NNA requiera tratar un tema confidencial<sup>6</sup>.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad del NNA, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía al NNA, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

### ANEXO 9 "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, ADOLESCENTES (18-19 AÑOS)

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, ADOLESCENTES(18-19 AÑOS)

Yo,....., RUN  
.....-..., acompañante de  
....., que se  
encuentra en el CR Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de  
Arica, declaro que:

#### Se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con asentimiento de adolescente
- El acompañamiento permitido es durante todo el proceso de parto y puerperio inmediato (24 horas) por la figura significativa persona que brinda confianza, tranquilizara y ayudara a mejorar el confort de la parturienta.
- En sala de hospitalizados el horario establecido es de 08:00 a 20:00 hrs para el Acompañamiento Diurno y de 24 horas, siempre que este así haya sido autorizado por el CR. de la Mujer
- Durante el acompañamiento no podré circular por áreas no permitidas
  - Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar la salud de la adolescente, como uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
  - Respetar y cooperar en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc.).
  - Colaborar en el cuidado y atención de la adolescente, según las indicaciones del equipo (solo del NNA y no de otros pacientes en sala).

Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.584, el acompañante deberá cuidar las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

#### Se me ha informado que el Servicio:

- Se cuenta con sillas para pasar la noche
- Se cuenta con comedor y baños en los pisos para comer y asearme
- El ingreso o recambio del acompañante deberá ser con previo acuerdo con el encargado/a de la Unidad.



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

- Tiene como horario para entrega de información post visita médica

### Se me ha informado que no se permite:

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarme en la cama del paciente ni en el suelo.
- Bajar las barandas cuando el niño o niña se encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios /as, sin su asentimiento/consentimiento.

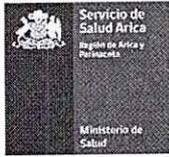
### Se me ha informado que se podrá restringir el acompañamiento cuando:

- La adolescente solicite privacidad o no brinde su asentimiento.
- El equipo o la adolescente requiera tratar un tema confidencial.
- Se presente una situación de emergencia en otro paciente en la sala.
- El o la acompañante ponga en riesgo la integridad de la adolescente, o de otro paciente en sala.
- El o la acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo la salud del NNA, o de otro paciente en sala.
- Existe algún antecedente legal que no permita la cercanía a la adolescente, o de otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

### ANEXO 10 "ASENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, NIÑA Y ADOLESCENTE (MENORES DE 18 AÑOS)".

#### ASENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y GINECOLOGICAS, NIÑA Y ADOLESCENTE (MENORES DE 18 AÑOS)".

Yo, \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, autorizó a \_\_\_\_\_ como acompañante durante mi proceso de atención de salud, en el CR Gestión Clínica de la Mujer, en la Institución "Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica".

Además, se me ha informado que el acompañamiento:

- Es un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo, con mi asentimiento.
- La gestante estará acompañada durante todo el proceso de parto y puerperio inmediato (24 hrs.) por la figura significativa persona que brinda confianza, tranquilizara y ayudara a mejorar el confort de la parturienta.
- Durante el trabajo de parto mi figura significativa Solo podrá acompañarme y deambular por áreas permitidas.
- Mi acompañante durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato me ayudara en la ingesta de alimentos o líquidos si fuera necesario o así yo lo quisiere.
- Se cuenta con Horario establecido de 08:00 a 20:00 hrs para el Acompañamiento Diurno en hospitalizado y de 24 horas, siempre que este así haya sido autorizado por el CR. de la Mujer.
- Debe respetar las instrucciones del equipo, para resguardar mi salud, como por ejemplo el uso de mascarillas, lavado de manos, etc.
- Debe respetar y cooperar, si lo desea y con asentimiento del NNA, en las rutinas de trabajo del equipo (baño, entrega de turno, control de signos vitales, administración de medicamentos, etc).
- Puede colaborar en mi cuidado y atención, exclusivamente, según las indicaciones del equipo.

Se me ha informado que mi acompañante **no puede:**

- Disponer del baño de pacientes.
- Recostarse en mi cama o en el suelo.
- Bajar las barandas cuando me encuentre sin supervisión.
- Desconectar vías, monitores u otros elementos, sin previa autorización del equipo de salud.
- Sacar fotos durante procedimientos u otros procesos a funcionarios/as, sin su autorización

INSTRUCTIVO  
ENTREGA DE INFORMACIÓN AL  
INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

expresa.

- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala sin su asentimiento/consentimiento específico para este fin.

Se me ha informado que el acompañamiento **se podrá restringir** cuando:

- Yo lo solicite.
- El equipo o yo quiera tratar un tema confidencial.
- Otro paciente presente una situación de emergencia en la sala.
- Mi acompañante ponga en riesgo mi integridad, o la de otro/a en mi sala.
- Mi acompañante se encuentra sintomático o diagnosticado de alguna infección que pone en riesgo mi salud, o la de otro/a en mi sala.
- Exista algún antecedente legal que no se le permita la cercanía a mi u otro paciente en sala.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

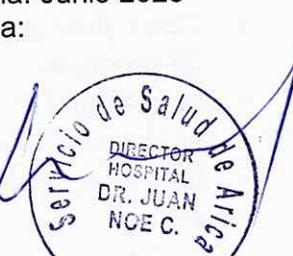
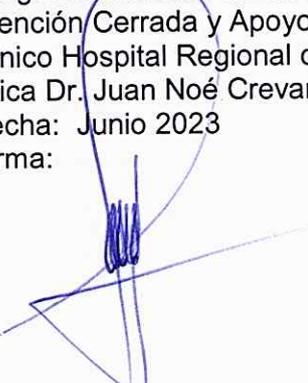
<b>NOMBRE PROFESIONAL:</b>	
<b>RUN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	



### INSTRUCTIVO

## ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Nombre: Úrsula Acevedo Ibarra Cargo: Referente Hospital Amigo, Servicio de Salud Arica y Parinacota Fecha: Junio 2023 Firma: </p>	<p>Equipo de Enfermeras Supervisoras de CR y SCR de Hospitalización Representado por: Nombre: María Teresa Varas Cargo: Subdirectora de Enfermería Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma: </p> 	<p>Nombre: Cristian Quispe Arredondo Cargo: Director Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma: </p> 
<p>Nombre: Pablo Manzanares Fernández Cargo: Referente Hospital Amigo Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma: </p> 	<p>Equipo de Matronas CR. de la Mujer Representado por: Nombre: Iván Guerrero Espinoza Cargo: Gestor de Matronería Fecha: Junio 2023 Firma: </p>	
<p>Nombre: Soledad Ayllon Rivas Cargo: Referente Ley Mila Hospital Regional Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma: </p> 	<p>Nombre: Jorge Becerra Tapia Cargo: Subdirector Médico Atención Cerrada y Apoyo clínico Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Junio 2023 Firma: </p>	



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5

	<p>Nombre: Dr. Jaime Tobar Almonacid Cargo: Jefe CR Infantil Fecha: Junio 2023 Firma:</p>  <p>Nombre: Miguel Cornejo Espinoza. Cargo: Jefe CR de la Mujer Fecha: Junio 2023 Firma:</p> 	
--	---	--



## INSTRUCTIVO

# ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004  
Fecha Última Revisión: Junio 2023  
Próxima Revisión: Junio 2023  
Versión 5