



DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica
MGM/rtm N° 755

APRUEBA "INSTRUCTIVO ENTREGA DE
INFORMACIÓN AL INGRESO DE
HOSPITALIZACIÓN"; VERSIÓN 6.

RESOLUCIÓN N°
EXENTA 4467

ARICA, 29 OCT 2024

COPIA

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE; Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, N° 18.575; D.F.L. N°1 del 2005, Ministerio de Salud, que dispone el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del D.L. N°2.763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.496; Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su atención en Salud; Norma Técnica y Administrativa Ley N°21.372 para el Acompañamiento de Niños, Niñas, Adolescentes En Acciones Vinculadas a La Atención De Salud y A Mujeres o Personas Gestantes Durante El Proceso De Parto 2022 Subsecretaría De Salud Pública Subsecretaría De Redes Asistenciales; Compromiso de Gestión N°16; Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, N° 18.575; D.F.L. N°1 del 2005, Ministerio de Salud, que dispone el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del D.L. N°2.763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.496; 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 Exenta N° 2346 de fecha 01 de octubre de 2018 de la Dirección del Servicio de Salud Arica y Parinacota.

CONSIDERANDO:

1. El Memorándum N° 0067 de fecha 22 de octubre de 2024, del Referente del Hospital Amigo dirigido a la Dirección del Hospital Regional de Arica y Parinacota "Dr. Juan Noé Crevani", mediante el cual solicita dictar resolución aprobatoria del **"INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN"**; versión 6; cuyo objetivo 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 (13 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. La línea programática Ministerial Hospital Amigo es una estrategia que impulsa la apertura de los establecimientos de salud a la familia y comunidad, fortaleciendo la relación del equipo de salud con los usuarios y promoviendo una salud amable, comprometida, acogedora y participativa.
3. La importancia actual de esta estrategia radica en su directo impacto en la satisfacción usuaria desde un enfoque de derecho y su estrecha relación con: los contenidos de la ley 20.584; su relación con la acreditación en calidad en salud; con la Autogestión en red; el desarrollo y cumplimiento del Compromiso de Gestión N°16, en los ámbitos de recepción y acogida, trato e información a los/as usuarios/as; Estrategia de Escuelas Hospitalarias; iniciativas y líneas de trabajo de participación ciudadana.
4. Que, una vez aprobado el manual 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, involucrados en el proceso descrito, por funcionarios del Hospital Amigo.
5. La providencia de fecha 23 de octubre de 2024 del Director del Hospital, mediante el cual autoriza lo solicitado en el Memorándum N° 0067/2024.
6. Documento remitido a la Oficina de Asesoría Jurídica de este establecimiento con fecha 25 de octubre de 2024; Que, conforme a los antecedentes señalados es necesario dictar la siguiente:



DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

RESOLUCIÓN

1° **APRUÉBASE** a contar de la fecha de total tramitación de la presente resolución, “**INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**”; versión 6, del Hospital Regional de Arica y Parinacota “Dr. Juan Noé Crevani”; instrumento que se reproduce íntegramente a continuación:



INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004
Fecha Última Revisión: Oct. 2024
Próxima Revisión: Oct. 2029
Versión 6

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 (13 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.
11. Acompañamiento diurno y nocturno para personas con dependencia y/o personas con discapacidad.
12. Acompañamiento espiritual a personas hospitalizadas.
13. Acompañamiento diurno y nocturno en etapa final de vida.

Así como también define la aplicación de **Ley Mila** en todos los servicios 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica
3. RESPONSABILIDADES:

Responsable ejecución.

- **Enfermero (a) o Matró (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, además de tener conocimiento de la entrega de horarios de información y de visitas.

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, además de sensibilizar instructivo con su personal a cargo.

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, además de fortalecer la línea programática de Hospital Amigo siendo parte de la estructura estratégica de la planificación anual.
- **Equipo Directivo Institucional**: Serán parte del compromiso anual de Hospital Amigo participando en reuniones semestrales programadas para fortalecer la línea programática de Hospital Amigo y mantener la certificación como Hospital Amigo.

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 adulto y pediátrico).
- **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

DIRECCIÓN

Oficina de Asesoría Jurídica

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

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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) **Nº de visitas:** Se autorizarán **2 visitantes simultáneos** en las unidades que contemplen horario de visita de 12:00horas a 18horas por cada C.R de Hospitalización, con las siguientes excepciones:
 - En las Unidades de Paciente Crítico Adulto se autorizará 1 visita a la vez (2 visitas al día), debiendo ser solo familiares cercanos (Pareja, hijos/as, padres, hermanos o persona significativa).
 - 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 (≥ 12 años) y adultos (≥ 18 años), pudiendo haber excepciones con respecto a la edad y según condición del usuario que se dejará a criterio de enfermera o medico tratante..
 - 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).

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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
Gestión Clínica Infantil (Pediatria) UPC Pediátrica	14:30 a 16:30horas	15:00 -16:00horas
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)

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

Gestión Clínica Paciente Crítico (Unidad de Paciente Crítico adulto) UCI e Intermedio	De 14.30 A 16:30	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.	Lunes a domingo Mujeres 14:00-15:00horas Hombres 15:00-16horas Lunes a domingo 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 para:

- **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, personas con dependencia y/o con alguna discapacidad que lo requieran de acuerdo a su condición clínica:** El acompañamiento podrá ser efectuado por familiar, cuidador o persona significativa, en cualquiera unidad de nuestra institución que lo requiera.

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 18 años.
- Las personas acompañantes podrán ser varias en el tiempo(un total 3) pudiendo hacer relevo entre ellos, 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

- 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.
 - Usuarios con algun tipo de discapacidad que requiera de acompañamiento se debe autorizar.
- 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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 o adulto.
- 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. Además su familiar o persona significativa se le entregará consentimiento informado de "como" se realizará dicho acompañamiento en todo su proceso.

- 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

- 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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.

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 o persona con discapacidad 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" en el caso de paciente crítico o en hoja de enfermería de las diferentes unidades.

f) **Acompañamiento en etapa de fin de vida:** Se establece el acompañamiento en todas las unidades de nuestra institución incluyendo las unidades críticas donde se determine terapia de fin de vida a un usuario. Esto contempla acompañamiento de 24 horas por familiares (padres, hijos, hermanos, pareja o persona significativa) que puedan acompañar al usuario en etapa de fin de vida con un máximo de 8 personas o más según lo determine médico tratante que puedan relevar en forma ordenada entre ellos y pudiendo haber 2 personas simultáneas dentro de la unidad con la finalidad que se acompañen en los momentos más difíciles de nuestros usuarios.

Personal de enfermería o matronería debe reportar a portería visita con el nombre de usuario en etapa de fin de vida, número de cama y unidad en la cual se solicita este acompañamiento.

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:

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

- 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 contempla a todas las unidades de nuestra institución y 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. Además que por normativa Ministerial la entrega de información médica debe quedar establecida en ficha clínica con el nombre del familiar al cual se le entregó la formación, fecha y horario en el cual se le entregó la información. Esto último siendo un verificable para acreditarlo como Hospital Amigo.

Con respecto en el **C.R de Emergencia Hospitalaria** se formuló instructivo de entrega de información el cual contempla que la información será otorgada durante la atención de nuestro usuario posterior a la evaluación médica en el cual se contempla paciente y familiar al cual se le entregará la información y además se dejará contemplado en DAU el nombre del familiar al cual se le entregue la información y el horario en el cual se le entregó. Esto último debe incluir el estado de salud actual, si requiere hospitalización, alta, hospitalización domiciliaria, estudio ambulatorio o terapia de fin de vida.

- 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
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. Una vez entregada la información verbal y escrita el Enfermero (a) o Matrón (a), hace firmar al usuario/usuario, 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.
5. 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

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

registrar éste en el letrero.

6. 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/usuario, familiar, tutor o acompañante. En caso de Adultos Mayores, Niñas, Niños, Adolescentes y Puerperas, 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.
7. 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 familiar, tutor o acompañante quienes recibirán la información del egreso, registrando su nombre completo y relación familiar con el usuario que egrese además de firmar el egreso hospitalario que posterior será anexado a ficha clínica.
8. Secretario (a) del CR entrega al familiar, tutor y/o acompañante los documentos para realizar trámite de egreso en Oficina de Recaudación del Hospital.
9. 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 /usuario.

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
Mantenimiento	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
Mantenimiento	15 años
Almacenamiento	Ficha Clínica

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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

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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

- 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 dedel 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 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__

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

DIRECCIÓN

Oficina de Asesoría Jurídica

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.

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

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUN:	
FIRMA:	

_____ de _____ 20__

Anexo N° 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

**DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica**

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 casero 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 los 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

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,

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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".

DIRECCIÓN
 Oficina de Asesoría Jurídica

_____ 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 Explicita 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.
- 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.

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

- 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__

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__

DIRECCIÓN

Oficina de Asesoría Jurídica

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 confidencial⁸.
- 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__

ANEXO 9 "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE MUJERES GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE MUJERES GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Yo,....., RUN

....., acompañante de

....., que se encuentra en el CR Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani de Arica, se le declara lo siguiente:

¿Como se hará efectivo el acompañamiento dentro de nuestra unidad ?:

- Se hará efectivo una vez que nuestra usuaria ingrese a nuestras dependencias para iniciar proceso de parto.
- Se le otorgará toma de conocimiento en consentimiento informado.
- Se le ofrecerá acompañamiento en todo el proceso de parto y puerperio.
- Durante el proceso de pre parto se le otorgará lugar físico para dejar sus pertenencias, se le otorgará bata limpia y elementos de protección personal.
- Será un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo
- 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.
- 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, según las indicaciones del equipo.

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 de Asesoría Jurídica

- 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 quisiera.
- 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 expresa.
- Sacar fotos que involucren a otros usuarios/as de la sala sin su

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

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:	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre: Pablo Manzanares Fernández Cargo: Referente Hospital Amigo Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani Fecha: Octubre 2024 Firma:	Nombre: Paula Godoy Rodríguez. Cargo: Subdirectora gestión del cuidado de enfermería Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:	Nombre: Cristian Quispe Arredondo Cargo: Director Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:
Nombre: Úrsula Acevedo Ibarra. Cargo: Referente Hospital Amigo, Servicio de Salud Arica y Parinacota Fecha: Octubre 2024 Firma:	Equipo de Matronas CR. de la Mujer Representado por: Nombre: Iván Guerrero Espinoza. Cargo: Gestor de Matronería Fecha: Octubre 2024 Firma:	
Nombre: Soledad Ayllon Rivas Cargo: Referente Ley Mila Hospital Regional Arica Dr. Juan Noé Crevani Fecha: Octubre 2024 Firma:	Nombre: Elias Chahuan Kim. Cargo: Subdirector Médico Atención Cerrada y Apoyo clínico Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:	

DIRECCIÓN
Oficina de Asesoría Jurídica

2° DÉJASE CONSTANCIA que se incluyen anexos que señala el “**INSTRUCTIVO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN**”; versión 6; los que forman parte integrante de la presente resolución, para todos los efectos que deriven de su aplicación.

3° TÉNGASE PRESENTE que corresponderá al referente de Hospital Amigo, velar 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. ALFREDO FIGUEROA SEGUEL
DIRECTOR (S) *Arca*
HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA
“DR. JUAN NOÉ CREVANI”

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

Referente Hospital Amigo SSAP ✓
Referente Hospital Amigo HJNC
Oficina Asesoría Jurídica HA
Oficina de Partes (2)



Milka Castillo
MILKA CASTILLO FABIJANOVIC
MINISTRO DE FÉ

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; la cual constituye una estrategia central en base a 13 medidas que se enfocan en apoyar 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 13 medidas de Hospital Amigo en los servicios clínicos de hospitalización, las cuales son:

1. Liderazgo Institucional, a través del cual el Hospital Fortalece su compromiso para mantener certificación Hospital Amigo.
2. Horario de visitas a personas hospitalizadas.*
3. Entrega de información médica diaria.
4. Identificación visible para las personas hospitalizadas.
5. Identificación visible de los funcionarios del hospital.
6. Entrega de Información en Unidades de Emergencia Hospitalaria a la familia y acompañantes.
7. Autorización para la alimentación asistida para personas hospitalizadas.
8. Incorporación de la familia o persona responsable al egreso hospitalario.
9. Acompañamiento diurno y nocturno de niñas, niños y adolescentes hospitalizados/as.
10. Acompañamiento significativo para mujeres o personas gestantes (preparto, parto y puerperio).
11. Acompañamiento diurno y nocturno a personas mayores, personas con dependencia y/o personas con discapacidad.
12. Acompañamiento espiritual a personas hospitalizadas.
13. Acompañamiento diurno y nocturno en etapa final de vida.

Es dable señalar, que las medidas anteriormente descritas se incorpora la **Ley Mila** en todos los servicios 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 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, además de tener conocimiento de la entrega de horarios de información y de visitas.

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, además de sensibilizar instructivo con su personal a cargo.

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, además de fortalecer la línea programática de Hospital Amigo siendo parte de la estructura estratégica de la planificación anual.
- **Equipo Directivo Institucional**: Serán parte del compromiso anual de Hospital Amigo participando en reuniones semestrales programadas para fortalecer la línea programática de Hospital Amigo y mantener la certificación como Hospital Amigo.

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 adulto y pediátrico).
- **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 a la diversidad, sin que existan barreras de discriminación por factores culturales, étnicos, religiosos, socio-económicos, 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.
- **CR:** Centro de Responsabilidad, también llamado servicio clínico.

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°457 (14.02.2024), 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 y brazaletes de identificación.

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", dejando registro en la "Hoja de Ingreso de Enfermería" o "Signos vitales"(Matronería). La cual debe considerar informar:

- a) **N° de visitas:** Se autorizarán **2 visitantes simultáneas** por cada C.R de Hospitalización, con las siguientes excepciones:
 - En las Unidades de Paciente Crítico Adulto se autorizará 1 visita a la vez (2 visitas al día), debiendo ser solo familiares cercanos (Pareja, hijos/as, padres, hermanos o persona significativa).
 - 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.
 - 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.
 - CR. Emergencia, por usuarios en atención y/o espera de hospitalización, se permitirá la compañía de 1 persona.
- Podrán ingresar como visitas adolescentes (≥ 12 años) y adultos (≥ 18 años), pudiendo haber excepciones con respecto a la edad, y según condición del usuario que se dejará a criterio de médico tratante, enfermero (a) o matrón (a) de turno.

- Ante Niñas, Niños y Adolescentes hospitalizados, se aceptarán visitas de padre, madre, cuidador o persona significativa, previo a su asentimiento y/o consentimiento, según corresponda.

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 para cada servicio, con un mínimo de 2 horas.

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

- 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, considerando situación normal y contingencia es el siguiente:

Centro de Responsabilidad	Horario de Visitas (Normal)	Horario de Visitas (Contingencia Sanitaria)
	De lunes a domingo	De lunes a domingo.
Gestión Clínica Médica : -Medicina	12:00 a 18:00 horas	11:30 a 12:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgica: -Traumatológica	12:00 a 18:00 horas	13:00 a 14:00 horas
Gestión Clínica de la Mujer: -Ginecología, Embarazo Patológico y Puerperio	12:00 a 18:00 horas	16:30 a 17:30 horas
Gestión Clínica Quirúrgico General: - Cirugía sala y aislamientos - Post Operados:	12:00 a 18:00 horas	16:00 a 17:00 horas 15:00 a 16:00 horas
Gestión Clínica Infantil: -Pediatria -UPC Pediátrica	12:00 a 18:00 horas 14:30 a 16:30 horas	15:00 a 16:00 horas
Gestión Clínica Neonatológica: -Neonatología -UPC Neonatología	08:30 a 19:30 horas (Mamá y Papá) Abuelos visita día jueves de 19:00 a 19:30horas.	08:30 a 19:45 horas 21:00 a 22:00 horas (Mamá o Papá)
Gestión Clínica Paciente Crítico Adulto: -UCI e Intermedio	14.30 a 16:30	14.30 a 15:30 horas
Gestión Clínica Salud Mental: -Psiquiatría Adulto	Lunes a domingo 14:00 a 16:00 horas.	Mujeres 14:00 a 15:00 horas Hombres 15:00 a 16:00 horas
-Psiquiatría Infanto Adolescente	Lunes a viernes de 16.00 a 18:00 horas. Sábado y Domingo 15:00 a 18:00 horas.	16:00-17:00 horas

c) **Acompañamiento:** Se debe informar que el Hospital Dr. Juan Noé Crevani garantiza el acompañamiento en los diferentes servicios de hospitalización a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas con dependencia y/o alguna discapacidad, el

que deberá ser otorgado en cumplimiento a lo señalado a continuación:

- **Niños menores de 10 años:** Podrán ser acompañado por Padre, Madre, adulto significativo o tutor autorizado para esto, debiendo contar con el Asentimiento del niño/niña y Declaración Informada del acompañante, en marco de la Ley Mila.
- **En adolescentes:** Podrán ser acompañado por Padre, Madre, adulto significativo o tutor autorizado, incluyendo personas significativas, debiendo contar con el Asentimiento o Consentimiento del adolescente (según corresponda) y Declaración Informada del acompañante, en marco de la Ley Mila.

En caso de los niños, niñas y adolescentes se deberá solicitar el llenado del documento "Asentimiento Informado" (menores de 18 años) o "Consentimiento Informando" (desde 18 años). Ambos documentos deberán firmarse al ingreso de la Hospitalización, posteriormente legajarse a la ficha clínica del paciente, al igual que el registro "Declaración Informada" 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, personas con dependencia y/o con alguna discapacidad que lo requieran de acuerdo a su condición clínica:** El acompañamiento podrá ser efectuado por familiar, cuidador o persona significativa. No se requerirá el llenado específico de documentos.

Los funcionarios 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, en todos los servicios clínicos.
- Podrán ser acompañantes solo personas mayores a 18 años.
- Los acompañantes podrán variar en el tiempo de hospitalización (un total 3), debiendo coordinarse el relevo entre ellos, siempre y cuando, esta información sea proporcionada al Enfermero (a) o Matrn (a) de turno, y en el caso de NNA se cuente con los documentos requeridos llenados correctamente (asentimiento, consentimiento y declaración informada).

- Respecto al **“Horario de Acompañamiento”**, se ha establecido que este será el siguiente:

Identificación Centro de Responsabilidad	Horario Diurno	Horario Nocturno
Gestión Clínica Médica: -Medicina	24 horas del día	
Gestión Clínica Quirúrgica Traumatológica: -Traumatología	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 20:30 a 7:30 horas En UPC siempre que la condición clínica lo permita	21: 00 – 07:00 horas. En UPC siempre que la condición clínica lo permita
Gestión Clínica Neonatológica: - Neonatología - UPC Neonatología	De 8:30 a 19:30 horas y de 20:30 a 7:30 horas, siempre que la condiciones clínica lo permita.	
Gestión Clínica Paciente Crítico Adulto: -UPC Adulto (UTI-UCI)	08:30 a 19:30 horas y de 21: 00 a 07:00 horas, siempre que la condición clínica lo permita.	
Gestión Clínica Salud Mental: -Adulto: -Infanto-Adolescente	08:30 a 19:30 horas y de 21: 00 a 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.
 - Usuarios con algún tipo de discapacidad que requiera de acompañamiento se debe autorizar.
- 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, que solo ingresará 1 persona.

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 o adulto.
- 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 previo al ingreso a la Unidad de Prepartos se le informará sobre su situación, estadía y derecho al acompañamiento, debiendo decidir si desea ser acompañada durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. En caso que acepte, se entregará al acompañante el "Consentimiento Informado de Acompañamiento en Preparto, Parto y Puerperio" informando "como" se realizará dicho acompañamiento en todo su proceso, el que deberá ser completado, firmado y legajado a la ficha clínica.

- 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 puerpera, 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 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 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 o persona con discapacidad 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" en el caso de paciente crítico o en "Hoja de Enfermería" u "Hoja de Matronería" (según corresponda) en los demás servicios de hospitalización. Para coordinar el efectivo cumplimiento de esta medida, se dispone del *Instructivo "Alimentación Asistida"*
- f) **Acompañamiento en etapa de fin de vida:** Se establece el acompañamiento en todas los servicios clínicos de nuestra institución incluyendo las unidades críticas (UPC) donde se determine por médico tratante o turno "**Cuidado de fin de vida**", de acuerdo a lo establecido en el *Instructivo "Acompañamiento de usuarios en Etapa de Fin de Vida"* que contempla en general lo siguiente:
- Acompañamiento de **24 horas del día** otorgado por familiar o persona significativo mayor de 18 años que el paciente haya escogido. En caso que el paciente no se encuentre consciente, podrá igualmente autorizarse este permiso a familiar o persona significativo, que acuerde la familia directa.
 - Podrán ingresar **simultáneamente 2 personas**, las que podrán relevarse de forma

ordenada entre familiares (padres, hijos, hermanos, pareja) o persona significativa

g) 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, se 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 contempla a todas las unidades de nuestra institución y 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. Además, la entrega de información médica debe quedar registrada en ficha clínica con el nombre del familiar, fecha y horario en el cual se le entregó la información. Esto último siendo un verificable para mantener certificación "Hospital Amigo".

- 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
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

- 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.
- Con respecto en el **C.R de Emergencia Hospitalaria** se cuenta con *“Instructivo de Entrega de Información a usuarios en CR. Emergencia Hospitalaria”* el cual contempla que la información será otorgada durante la atención de nuestro usuario posterior a la evaluación médica, que contempla mantener informado al familiar y/o persona significativa que lo acompañe contemplado el registro en DAU.

h) Identificación del Paciente: Todo paciente será llamado por su nombre.

- Una vez confirmada la identidad del paciente, TENS instalará **LETRERO** con nombre de usuario (a) en cabecera de la camilla, considerando el **“Primer Nombre, Primer Apellido e inicial del segundo apellido” (si tuviera)**, el que debe coincidir con el brazalete de identificación.

- En caso que el paciente tenga un **Nombre Social**, se deberá registrar éste en el letrero.
- El registro deberá tener **letra clara y legible**, por lo que debe utilizar plumón (negro o azul) o impresión.

i) Incorporación de la Familia al Egreso Hospitalario:

- 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 su acompañante**.
- El Enfermero (a) o Matrón (a) planifica el egreso confeccionando la EPICRISIS DE ENFERMERÍA O MATRONERÍA (según corresponda) en la Ficha Clínica Soporte Electrónico, imprimiendo 2 copias; una para legajar a la ficha clínica soporte físico, y la otra para entregar al familiar, tutor o acompañante quienes recibirán la información del egreso. Una vez entregada la información solicitará al acompañante complete con su **nombre completo, relación familiar y la firma** a una copia del documento, la que será legajado en ficha clínica soporte físico. Finalmente entregará la otra copia al usuario/usuario, familiar, tutor o acompañante.
- En caso de Adultos Mayores, Niñas, Niños, Adolescentes y Puerperas, 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.
- Finalmente el Secretario (a) del CR entrega al familiar, tutor y/o acompañante los documentos para realizar trámite de egreso en Oficina de Recaudación del Hospital.
- 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 /usuario.

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: *Periodicidad determinada por el Nivel Central.*

7 REGISTROS

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

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

Nombre del Registro	<i>Hoja de Ingreso de Enfermería de pacientes hospitalizados de Neonatología</i>
Identificación	<i>SGC HJNC CE R N° 010</i>
Llenado	<i>Enfermera</i>
Acceso	<i>Clínico</i>
Mantención	<i>15 años</i>
Almacenamiento	<i>Ficha Clínica</i>

Nombre del Registro	<i>Epicrisis de Enfermería Adulto</i>
---------------------	---------------------------------------

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	<i>Clínico</i>
Mantenimiento	<i>15 años</i>
Almacenamiento	<i>Ficha Clínica</i>

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

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*

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: _____



INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004
Fecha Última Revisión: Octubre 2024
Próxima Revisión: Octubre 2029
Versión 6

Form with fields for RUN and 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).
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

Form with fields for NOMBRE PROFESIONAL, RUN, and FIRMA.



INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004
Fecha Última Revisión: Octubre 2024
Próxima Revisión: Octubre 2029
Versión 6

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.

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 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 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

NOMBRE PROFESIONAL:

RUN:



INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004
Fecha Última Revisión: Octubre 2024
Próxima Revisión: Octubre 2029
Versión 6

FIRMA:

_____ de _____ 20__

Anexo N° 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

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.
- 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 pesquiza 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__

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.

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 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 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.



INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

SGC HJNC SDAC I N° 004
Fecha Última Revisión: Octubre 2024
Próxima Revisión: Octubre 2029
Versión 6

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 confidencial⁸.
- 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 ponga 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__

ANEXO 9 "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE MUJERES GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE MUJERES GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

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

¿Como se hará efectivo el acompañamiento dentro de nuestra unidad ?:

- Se hará efectivo una vez que nuestra usuaria ingrese a nuestras dependencias para iniciar proceso de parto.
- Se le otorgará toma de conocimiento en consentimiento informado.
- Se le ofrecerá acompañamiento en todo el proceso de parto y puerperio.
- Durante el proceso de pre parto se le otorgará lugar físico para dejar sus pertenencias, se le otorgará bata limpia y elementos de protección personal.
- Será un derecho y es voluntario.
- Puede ser realizado por un adulto significativo
- 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.
- Durante el acompañamiento no podrá 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, según las indicaciones del equipo.

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



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

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__

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 quisiera.
- 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 expresa.

INSTRUCTIVO
ENTREGA DE INFORMACIÓN AL
INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

- 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

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Nombre: Pablo Manzanares Fernández Cargo: Referente Hospital Amigo Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani Fecha: Octubre 2024 Firma:</p>   	<p>Nombre: Úrsula Acevedo Ibarra. Cargo: Referente Hospital Amigo, Servicio de Salud Arica Fecha: Octubre 2024 Firma:</p> <p>Nombre: Paula Godoy Rodríguez. Cargo: Subdirectora gestión de Unidad de enfermería Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:</p> <p>Nombre: Elias Chahuan Kim Cargo: Subdirector Médico Atención Cerrada y Apoyo clínico Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:</p> <p>Equipo de Matronas CR. de la Mujer Representado por: Nombre: Iván Guerrero Espinoza. Cargo: Gestor de Matronería Fecha: Octubre 2024 Firma:</p>  	<p>Nombre: Cristian Quispe Arredondo Cargo: Director Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Fecha: Octubre 2024 Firma:</p>  

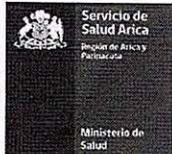


INSTRUCTIVO

ENTREGA DE INFORMACIÓN AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

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

--	--	--



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