**Anexo al Programa de Asignatura**

**Práctica** Elija el tipo de práctica**- Consentimiento Informado**

**Consentimiento informado para la realización de Práctica Temprana** Elija el tipo de práctica**en**

Escriba acá el nombre de la organización**en el contexto de la pandemia por COVID-19**

Declaro que en este documento se me explica expresamente que en la actualidad nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus SARS-Cov-2 que causa la enfermedad COVID-19, que tiene un alto riesgo de contagio y transmisión. Además de las vías de contagio a través de las gotas respiratorias y el contacto directo, están aquellas que la autoridad sanitaria informa periódicamente.

Por este medio declaro haber sido informado(a) por parte de la Universidad acerca de las medidas de bioseguridad que se deben adoptar para disminuir el riesgo de contraer y transmitir la enfermedad por COVID-19, entre los cuales están los siguientes elementos y medidas de protección personal:

Para la protección facial

* Uso de mascarillas quirúrgica o N95 para protección de la mucosa nasal y oral. Previo a ponerse la mascarilla las manos deben estar lavadas con agua y jabón (usando una técnica apropiada), secadas con papel desechable y aplicación de alcohol gel (usando una técnica apropiada)
* Uso de una careta protectora o de antiparras para la protección de la mucosa ocular
* Lavado de clínico de manos frecuentemente con agua y jabón usando una técnica apropiada
* Uso de desinfectante de manos en base a alcohol gel usando una técnica apropiada
* Evitar tocarse la cara

Distanciamiento social

* Mantener una distancia física de al menos 1,5 a 2 m entre el(la) estudiante que suscribe este consentimiento y las demás personas con las que entre en contacto durante el desarrollo de la práctica, considerando tanto el desplazamiento como el desarrollo de la actividad.
* Mantenerse informado y seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios en caso de presentar síntomas asociados a la enfermedad por COVID-19, tener un contacto estrecho con un caso positivo por coronavirus o cualquier situación que requiera adoptar las medidas sanitarias determinadas por la autoridad.

Sin desmedro de lo anterior, declaro estar en conocimiento de las medidas que instruye la autoridad sanitaria, en el sitio web dispuesto por el Ministerio de Salud: https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/material-de-descarga/

Declaro, asimismo:

* no tener alguna enfermedad o condición crónica de salud que la autoridad sanitaria haya declarado de riesgo
* no estar en contacto permanente con personas en la situación descrita en el punto anterior
* no haber estado expuesto a situaciones de contagio en las dos semanas previas a la fecha de firma de este documento

Entiendo que la realización de la práctica profesional en Escriba acá el nombre de la organización implica el traslado desde el lugar de residencia al lugar de realización de la práctica y el desarrollo de la actividad con otros miembros del equipo de la unidad y que el uso de todas las medidas de bioseguridad indicadas por la autoridad sanitaria y aquellas adicionales que se adopten, no imposibilitan que ocurra contagio del virus SARS-Cov-2 y el desarrollo de la enfermedad COVID-19.

Dado el conocimiento actual, entiendo que en caso de contagio por SARS-Cov-2 no es posible predecir el curso de la enfermedad, pudiendo ser desde un paciente asintomático hasta un paciente que requiere hospitalización prolongada con apoyo de terapias invasivas y que pueden desencadenar en la muerte.

Declaro que estoy en conocimiento que si durante mi periodo de práctica profesional en Escriba acá el nombre de la organización, se presentan síntomas asociados a COVID 19, será necesario que el equipo médico adopte los protocolos vigentes para el tratamiento y manejo de pacientes infectados con dicha enfermedad. Asimismo, declaro conocer la obligación de informar tanto a la persona encargada del lugar de práctica como al docente responsable de la actividad sobre la presencia de síntomas asociados a COVID-19 y abstenerme de asistir al lugar de práctica mientras se realizan los exámenes correspondientes y el tratamiento, en caso de que corresponda.

Así también, declaro que he sido debidamente informado/a de que existe riesgo de contraer la enfermedad durante mi período de práctica profesional en Escriba acá el nombre de la organización, aun cuando se tomen todas las medidas para minimizarlo. Declaro que comprendo toda la información que se me ha facilitado, y que la Universidad me ha aclarado y ha respondido todas las consultas y dudas que le he planteado.

Además de lo anterior, declaro conocer el ORD 1629 del 11 de mayo de 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social, referido a la cobertura del seguro escolar, de cuyo texto se transcriben los numerales 1 y 2:

*1. Como es de conocimiento de esas entidades, el día 16 de marzo de 2020 las autoridades declararon la fase 4 del contagio por Coronavirus COVID-19. Lo anterior ha hecho necesaria la emisión de una serie de instrucciones relativas a la cobertura del Seguro de la Ley Nº 16.744 respecto de los contagios por COVID-19. En este contexto, esta Superintendencia ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones en relación con la cobertura del Seguro Escolar respecto de los estudiantes del área de la salud que se encuentren realizando su práctica profesional u otras actividades académicas en centros de atención médica, y que resulten contagiados por COVID-19.*

*2. El artículo 3º de la Ley Nº16.744, señala que estarán protegidos por el Seguro Escolar todos los estudiantes por los accidentes que sufran a causa o con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional. A su vez, el D.S. Nº 313, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social dispone que los estudiantes que tengan la calidad de alumnos regulares de establecimientos fiscales o particulares, del nivel de transición de la educación parvularia, de enseñanza básica, media normal, técnica, agrícola, comercial, industrial, de institutos profesionales, de centros de formación técnica y universitaria, dependientes del Estado o reconocidos por éste, quedarán sujetos al Seguro Escolar contemplado en el artículo 3º de la Ley Nº 16.744 por los accidentes que sufran durante sus estudios, o en la realización de su práctica educacional o profesional, en las condiciones y con las modalidades que se establecen en dicho decreto.*

*Ahora bien, tratándose de los* ***estudiantes del área de la salud que realizan su práctica profesional u otras actividades académicas en centros de atención médica****, éstos se encuentran expuestos a un alto nivel de riesgo de contagio de COVID-19 en dichos lugares, debido a las labores que desempeñan y a las condiciones actuales de desarrollo de la pandemia, lo que permite establecer que el mayor riesgo de contagio al que se expone un estudiante del área de la salud, se encuentra presente en el lugar en el que realiza su práctica profesional u otras actividades académicas, y es inherente a las labores que realizan. De esta manera, en atención al alto riesgo al que se encuentran expuestos estos estudiantes, y tomando en consideración la necesidad de que sean cubiertos por el Seguro* ***Escolar en caso de contagio por COVID-19 durante el desarrollo de su práctica profesional u otras actividades académicas en centros de atención médica, corresponde que, sólo para estos efectos, los Servicios de Salud califiquen dicho contagio como un accidente****, otorgando la cobertura en los términos establecidos en el D.S. Nº 313. Lo anterior, excepto cuando se demuestre que el contagio de dicha enfermedad no fue a causa de la realización de la práctica profesional u otras actividades académicas, lo que debe ser debidamente fundamentado por el respectivo Servicio de Salud.*

He recibido información clara, completa y suficiente acerca de este consentimiento informado. Comprendo el contenido de este documento y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran.

**CONSENTIMIENTO**: Y en tales condiciones CONSIENTO y acepto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o bien:

**REVOCACION** (RECHAZO): Bajo mi firma declaro haber leído y comprendido la información precedente, por lo que no autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Nombre estudiante: Escriba su nombre completo

Rut: Escriba su RUT

Carrera: Ingeniería en Información y Control de Gestión

Sede o Campus: Sede Puerto Montt

Declaro haber recibido la información de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valeska Mena Allendes,

Directora de la Escuela de

Ingeniería en Información y Control de Gestión

Universidad Austral.