RESOLUCIÓN EXENTA CP N° 14159 / 2020

MATERIA:APRUEBESE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USUARIOS DE LAS RESIDENCIAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE ÑUBLE

CHILLÁN , 27 de Julio de 2020

VISTO:

1. Resolución Exenta N° 13103 de fecha 06.07.2020, de la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Ñuble, donde asume administración de Residencias Sanitarias en la región de Ñuble.
2. Consentimiento informado de residencia sanitaria, de la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región Ñuble.
3. Estrategia residencias sanitarias de la subsecretaria de Salud Pública, de la División de Prevención y Control de Enfermedades.
4. Decreto N°4, de fecha 5 de febrero de 2020, que declara Alerta Sanitaria

CONSIDERANDO:

1. Que en vista del acto administrativo de vistos N°1, se declaró que corresponderá a esta autoridad sanitaria regional administrar las relaciones contractuales con los restablecimientos que presten servicio como residencias sanitarias que se dispongan en la Región Ñuble, obrando como contraparte técnica, jurídica y económica de los derechos y obligaciones que deriven de estas, de acuerdo a vistos y considerandos, a contar de la fecha establecidas en los respectivos contratos suscritos con los proveedores.
2. Que, para dar fiel cumplimiento a las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria, en cuanto a la actual pandemia Covid-19, se ha diseñado un modelo de atención de pacientes para logar disminuir el riesgo a las personas y se ha establecido un documento denominado “consentimiento informado de residencias sanitarias”, en que se definen ciertas normas de conducta de los paciente al interior de estas, como así también ciertos derechos y deberes de los mismos y obligaciones de residencias sanitarias.

TENIENDO PRESENTE:

1. Código sanitario.
2. DFL N°1/2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18469.
3. D.S 136/05 Reglamento Orgánico de Ministerio de Salud.
4. Decreto 4/2020 Alerta Sanitaria
5. D.S. 81/2018 de Ministerio de Salud.

R E S O L U C I Ó N:

1. **APRUEBESE** le consentimiento informado para usaurios de residencias sanitarias dependientes de la Secretaria Regional Ministerial de salud de la región de Ñuble, de acuerdo a lo señalado en vistos y considerando de la presente resolución y cuyo texto se transcribe de continuación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO A RESIDENCIA SANITARIA
SEREMI DE SALUD ÑUBLE

-

Carta compromiso del usuario Con fecha_____

NOMBRE USUARIO (grupo familiar)	RUT	PARENTESCO

PRIMERO: Que, hago ingreso a la Residencia Sanitaria de nombre (nombre del Hotel) _____con el fin único de realizar aislamiento obligatorio (cuarentena) por el período comprendido entre el día _____ hasta _____, y se respetara este tiempo asignado. Sin perjuicio de lo anterior, el tiempo de aislamiento puede extenderse si la persona presenta algún tipo de sintomatología o si el

profesional que lo evalúa lo estima conveniente.
Lo anterior, con el fin de evitar la propagación del denominado "Nuevo Coronavirus 2019 (SARS CoV-2)".

SEGUNDO: he sido informado por personal de la Autoridad Sanitaria que las residencias sanitarias son una estrategia del Ministerio de Salud para dar respuesta al cumplimiento de cuarentenas, y facilitar un ambiente adecuado para realizar el aislamiento efectivo para controlar la propagación del COVID-19, que está dirigida a las personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad y que no pueden realizar una cuarentena efectiva en su domicilio, porque no cuentan con las condiciones adecuadas y no tienen un lugar donde permanecer mientras dura su período de cuarentena. Teniendo en consideración que esta residencia no es un establecimiento formal de salud, sino un lugar para realizar el reposo establecido por su médico tratante o la Autoridad Sanitaria.

TERCERO: Que, los **derechos** que me asisten como paciente son:

1. Un trato digno.
2. Reserva de la información de mi ficha clínica.
3. Contar con habitación individual (o compartida con algún familiar) con baño durante el tiempo de permanencia en la residencia.
4. Contar con personal clínico para los cuidados necesarios durante mi estadía.
5. Contar con servicio de alimentación (desayuno, almuerzo, once y cena) en la habitación en los horarios establecidos por la Residencia.
6. Contar con limpieza de la habitación por personal del servicio hotelero.
7. Contar con utensilios de aseo de uso individual en caso que se requiera.
8. Contar con toallas de uso exclusivo.
9. Contactar al personal clínico si necesito ayuda o alguna molestia (dificultad para respirar, fiebre u otro).
10. Conversar con Gestor de Residencia Sanitaria y personal clínico quienes podrá resolver las dudas.
11. En caso de que usted sienta aumento de los síntomas como dificultad para respirar, fiebre y/o malestar general, por favor dar aviso inmediato al personal de salud de la Residencia Sanitaria, quienes son los encargados de evaluar su estado y según las condiciones de este, proceder a gestionar su traslado al Servicio de Urgencia más cercano.
12. La estadía en la Residencia Sanitaria no tiene costo para el usuario.

CUARTO: Mis deberes mientras me encuentre realizando aislamiento obligatorio (cuarentena) dentro de la residencia sanitaria son:

1. Cumplir con el tiempo de cuarentena indicado por la Autoridad Sanitaria. (NO se puede terminar antes su cuarentena)
2. Entregar información veraz acerca de su identidad, dirección y enfermedad.
3. Mantener informado al personal de salud personal o telefónicamente sobre su estado de salud, si presenta molestias como: dificultad para respirar, fiebre u otro al personal clínico.
4. Ingresar a la residencia con sus medicamentos de uso habitual.
5. Permanecer siempre y de manera obligatoria dentro de su habitación, por lo que la puerta debe permanecer siempre cerrada.
6. Uso de mascarilla obligatorio durante el tiempo en que el personal clínico permanezca en su habitación.
7. Uso de mascarilla obligatorio durante el tiempo en que el personal del hotel realice limpieza de su habitación.
8. Permitir el ingreso del personal clínico cada vez que este lo requiera, por ejemplo: control se signos vitales, entrega de alimentación, evaluaciones médicas o de otro profesional que integre el equipo multidisciplinario de la Residencia Sanitaria.
9. Permitir el ingreso a personal hotelero para realizar aseo de la habitación.
10. No podrá recibir visitas.
11. La entrega de encomiendas u otro que provenga del exterior está autorizada, siempre que el personal clínico revise las pertenencias, para evitar el ingreso de lo estipulado en el punto 18.
12. Respetar las normas vigentes en materia de salud.
13. Procurar informarse acerca del funcionamiento de la residencia sanitaria
14. Debe cuidar el inmueble durante su estadía, no destrozar, deteriorar o manchar ningún artículo o equipamiento de su habitación,

inmueble u otras dependencias de la Residencia Sanitaria. (esto puede provocar un cobro posterior para usted)

15. Respetar al equipo de trabajo (clínico y administrativo), como también a los demás pacientes de la Residencia Sanitaria, además no ejercer ningún tipo de violencia sobre las personas o infraestructura del recinto.

16. Respetar los horarios y las rutinas de la Residencia Sanitaria.

17. Sera de su responsabilidad tomar sus medicamentos de uso crónico y comunicar al personal clínico la cantidad que tiene de ellos.

18. Está totalmente prohibido dentro del establecimiento: uso de bebidas alcohólicas, fumar, uso de drogas e ingresar encendedores y/o artículos corto punzantes o cualquier artefacto que se considere de riesgo potencial para usted y/o el personal que lo atiende, debido a ello el personal dispuesto en cada residencia podrá revisar sus bolsos o pertenencias.

QUINTO: Que, en mi ingreso al referido establecimiento lo hago portando sólo pertenencias personales, tales como ropa, útiles de aseo, teléfono celular y sus accesorios, haciéndome plenamente responsable de su cuidado.

SEXTO: Que, no ingreso alcohol y tampoco algún tipo de drogas. Asimismo, no porto arma de ningún tipo.

SÉPTIMO: Que, durante mi estadía en la residencia sanitaria antes indicada me someto total y absolutamente a las normas establecidas y que las que en el futuro se establezcan, por la Seremi de Salud para dichos fines.

Dejo constancia que el presente documento, que lo he leído en su integridad, que se me ha explicado lo que no entendía, que he comprendido su importancia y que la decisión la he tomado de manera libre y espontánea.
Mediante mi firma expreso que el personal del equipo de salud me ha explicado el diagnostico, opciones de atención, opciones de tratamiento con sus beneficios y riesgos, además los objetivos de la atención, intervención, procedimiento o tratamiento propuesto, sus características, beneficios y potenciales riesgos que comprendo y acepto.
Autorizo para proceder a la realización de la intervención, atención, procedimiento o tratamiento individualizado anteriormente.

Firma del/la usuario/a o representante legal

Antecedentes del representante del equipo de salud.

Mediante mi firma expreso que he explicado al paciente (o su representante) el diagnostico, tipo de atención, opciones de tratamiento con sus beneficios y riesgos, objetivo de la intervención, procedimiento o tratamiento individualizados anteriormente, sus características, beneficios y potenciales riesgos, y las consecuencias de no realizarlo.

Nombre completo personal de salud:_____

Profesión:_____

Firma _____ fecha____/_____/_____

2. **PUBLÍQUESE** la presente resolución en la página web de esta Secretaria Regional Ministerial de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

BRAVO SALINAS MARTA
27-07-2020
SEREMI SALUD ÑUBLE
Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD
FIRMA ELECTRÓNICA
GOBIERNO DE CHILE

Nombre	Cargo	Fecha Visación
Mercado Burgos Albert	PROFESIONAL -	27/07/2020 12:54:02
Blanchait Achondo Omar Alfredo	JEFE DEPARTAMENTO JURIDICO	23/07/2020 13:34:36

Distribución:

Gestión de Residencias Sanitarias
Depto. de Salud Pública
Depto. de Administración y Finanzas
Archivo

Código: 1595869149573 validar en http://esigner.servisign.cl/EsignerValidar/verificar.jsp