

INFORMACIÓN PARA PADRES Y APODERADOS SOBRE EL CONTROL JOVEN SANO

Estimado (a) Apoderado(a):

El Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación e INJUV, está realizando el Control Joven Sano, que es una evaluación del estado de salud de adolescentes de **15-19 años** en los establecimientos educacionales.

Este control tiene como objetivo evaluar el desarrollo adolescente, detectar factores de riesgo y problemas de salud, con el fin, de promover factores protectores, disminuir factores de riesgo y atender oportunamente los problemas de salud detectados.

El control de salud consta de una entrevista y de un examen físico, realizado por profesionales con el apoyo de técnicos paramédicos con experiencia en atención de adolescentes. Este control quedará registrado en un instrumento que es parte de la ficha clínica de cada adolescente que se controla y que se encuentra en el establecimiento de salud.

En caso de detección de algún problema de salud, se entregarán las indicaciones a quién se le realizó el control, y se le referirá al centro de salud donde la familia se encuentra inscrita.

Identificación del estudiante y apoderado

Nombre Estudiante			
Establecimiento educacional		Curso	
Nombre apoderado (a)			
Relación con el o la adolescente marque con una X la opción			
Mamá	<input type="checkbox"/>	Papá	<input type="checkbox"/>
		Otro (especificar relación)	
Dirección			
Comuna		Región	
Fono de contacto		e-Mail	
Previsión			
¿En caso de requerir atención en salud, a qué centro de Salud o consultorio, acude habitualmente?			
		Nombre del Consultorio:	
Si no está inscrito en un consultorio ¿Dónde acude para ser atendido cuando lo necesita?			

ES IMPORTANTE QUE USTED TENGA INFORMACIÓN Y FACILITE LA REALIZACIÓN DE ESTE CONTROL POR LO QUE RECOMENDAMOS CONVERSE CON SU PUPILO /A INFORMÁNDOLE SOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTE CONTROL, LO QUE LE PERMITIRÁ PREPARAR PREGUNTAS RESPECTO A SU SALUD Y DESARROLLO, QUE QUISIERA QUE SE RESPONDIERAN EN ESTE CONTROL JOVEN SANO

SÍ estoy de acuerdo que a mi pupilo/a se le realice el control de salud Joven Sano, siempre que se cuente previamente con su consentimiento	
NO estoy de acuerdo que mi pupilo/a reciba el control de salud en la escuela Joven Sano	

Firma de apoderado

Fecha:

Debe devolverse al profesor y este debe dárselo al profesional antes de que se inicie el control