

Consentimiento Informado

Estimado/a Apoderado/a:

Mi nombre es Vasti Polanco Olivares y soy enfermera especializada en Salud Mental. Me encuentro realizando una estrategia de prevención y detección temprana en establecimientos educacionales con el objetivo es promover el cuidado de la salud mental en niños y adolescentes. En el marco de esta iniciativa, invito cordialmente a su estudiante a cargo a participar voluntariamente en una **intervención grupal** que se realizará en su curso dentro de su colegio.

¿En qué consiste esta intervención?

Su pupilo/a deberá responder un cuestionario llamado **PSC-Y-17 (Pediatric Symptom Checklist - versión juvenil)**, que consta de **17 preguntas** sobre cómo se ha sentido en las últimas semanas (por ejemplo, si se siente triste, inquieto, con dificultades para concentrarse, entre otros). La actividad se realizará en el horario de clases, con apoyo de los docentes a cargo. Posteriormente, el curso recibirá por mí parte una **charla de orientación grupal** acerca de la importancia del cuidado de la salud mental, estrategias de bienestar emocional y los canales de ayuda disponibles para la prevención del suicidio.

¿Qué se hará con los resultados?

Una vez finalizada la actividad, revisaré cada respuesta de manera confidencial y le evaluación quedará registrada en la ficha clínica RAYEN en caso de esta inscrito/a en el CESFAM Segismundo Iturra. En caso de que el puntaje obtenido por el/la alumno/a **indique una posible dificultad emocional o conductual**, desde convivencia escolar se le comunicará a usted vía telefónica para que pueda solicitar apoyo psicológico en el Centro de Salud donde se encuentren inscritos.

Es importante destacar que **esta actividad no constituye un diagnóstico clínico**, sino una herramienta de tamizaje y detección precoz que permite detectar oportunamente señales de alerta para ofrecer una derivación oportuna.

Confidencialidad y Voluntariedad

Toda la información recopilada será manejada con estricta confidencialidad, respetando la normativa vigente sobre protección de datos. La participación es **completamente voluntaria** y el hecho de no autorizar o retirar el consentimiento en cualquier momento no afectará la relación con el establecimiento educacional ni con el sistema de salud.

Autorización

Yo, _____, en calidad de apoderado/a del/la estudiante _____,
RUT: _____, declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, por lo que **autorizo** su participación en la evaluación con el cuestionario **PSC-Y-17**, así como también en la charla de orientación posterior sobre el cuidado de la salud mental.

Firma Apoderado/a: _____

En caso de no autorizar, marque aquí con una línea vertical: _____