

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS



Clase correspondiente al día martes 17 - 24
jueves 19 - 26 y viernes 20 - 27 de marzo de
2020.

Curso: 4C - 4D- 4E .

Docente: Janeth Granados. E.U

UNIDAD 0



CONTENIDO CORRESPONDIENTE A HIGIENE
Y BIOSEGURIDAD 3RO MEDIO AÑO 2019.
PLAN DE CONTINGENCIA POR ESTALLIDO
SOCIAL.

Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes



JANETH GRANADOS E.U

INTRODUCCION



El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

Alcances del programa



El programa se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años. Constituyéndose en un programa de referencia para la atención de esta población en el sistema privado de salud.



OA3:

Aplicar estrategias de promoción de salud, prevención de enfermedades, hábitos de alimentación saludable para fomentar una vida adecuada para la familia y comunidad de acuerdo a modelos definidos por las políticas de salud

OBJETIVO

Definir criterios y procedimientos que aseguren una atención de salud acorde a los requerimientos y necesidades de la población adolescente.



CONCEPTO



Se define como la atención de salud integral de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, y el normal crecimiento y desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.

ACCIONES DEFINIDAS



- Desarrollar el inicio de una relación vincular “profesional-adolescente- familia” .
- Realizar una entrevista clínica: Anamnesis completa biopsicosocial individual y familiar, identificando factores y conductas de riesgo y de protección, evaluando aprendizajes para el autocuidado de la salud, registrando la información en el instrumento ficha Integral CLAP/OPS/OMS.
- Examen físico, según orientaciones técnicas.

ACCIONES DEFINIDAS



- Identificar riesgos relevantes para la salud en ámbitos: salud sexual y reproductiva (SSR), suicidio, consumo de tabaco/alcohol/ drogas, nutricional u otro ámbito relevante.
- Establecer una hipótesis diagnóstica o diagnóstico integral usando criterios CIE 10, priorizado.
- Proponer un plan de intervención integral inicial y priorizado según diagnóstico. Acordar con adolescentes y familias el plan de seguimiento y derivaciones según corresponda.

ACCIONES DEFINIDAS



- Revisar calendario de inmunizaciones, según norma, enfatizar la importancia de la Vacuna Virus Papiloma Humano (VPH).
- Entregar información que promueva el uso de los servicios de salud y apoyar el desarrollo de conductas de Autocuidado, a través de guías anticipatorias para adolescentes y sus familias.
- Referir a consejerías para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y protectoras en todos los ámbitos de salud.



INSTRUMENTOS Y EQUIPAMIENTO
PARA REALIZAR EL CONTROL DE
SALUD
INTEGRAL



- Ficha clínica de atención integral CLAPS/OPS/OMS, modificada.
- Instructivo de llenado CLAP.
- Ficha de evolución seguimiento CLAP.
- Ficha CLAP sección Auto aplicada para establecimientos educacionales.

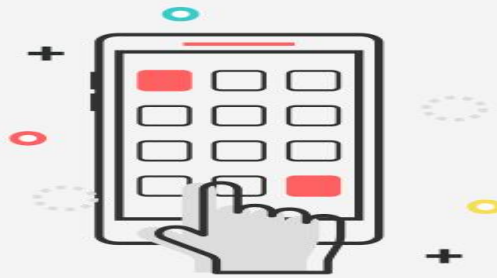


- Asentimiento/Consentimiento informado Adolescente.
- Consentimiento Padres.
- CIE 10.
- Curvas antropométricas, de acuerdo a normas Nutricionales OMS.
- Tablas de Presión Arterial.
- Tabla de evaluación de agudeza visual de JUNAEB.



- Criterios técnicos para evaluación de escoliosis.
- Tablas de evaluación grados de Tanner.
- Tarjetero poblacional.
- Instructivo de tarjetero poblacional.
- Balanza, antropómetro.
- Esfigmomanómetro.
- Huincha de medir.

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS



ENTREVISTA CLÍNICA



La calidad de la entrevista clínica, es relevante para el inicio de un proceso de vinculación entre adolescentes y profesionales. La comprensión empática, la comunicación efectiva, la privacidad y la dedicación de esta técnica, son variables importantes a considerar en la atención de adolescentes, que define la profundidad de la información que se comparte, la aproximación, oportunidad diagnóstica y la adherencia al sistema de salud.



¿Cómo iniciar la entrevista?

Reciba al adolescente y su familia de manera acogedora. Si viene sólo, muestre interés en conocer a su familia en otra consulta o control. Si está acompañado, indague el vínculo con él o la adolescente. Inicie la entrevista presentándose: diga su nombre, profesión y el objetivo del control.

¿Cómo iniciar la entrevista?

Pregúntele como quiere ser llamado o llamada durante las atenciones en el establecimiento de Salud (nombre social), consignando así también este nombre en los diversos registros destinados a la identificación social de la persona. En caso de adolescentes que se autodefinen como trans, utilizar el nombre social en lugar del nombre legal, permite disminuir barreras hacia la atención de salud.

Se puede preguntar: ¿Cómo quieres que te llamemos? En caso de estar acompañado indague el vínculo con el adolescente.

¿Cómo iniciar la entrevista?

- Pregúntele que edad tiene, si estudia y con quien vive, pero sin profundizar en ningún problema, de manera de generar un clima de confianza.
- Explique las características de la entrevista y explicita el derecho a la confidencialidad y sus límites y los procedimientos a realizar en caso de romperla. También es importante que clarifique que el compromiso de confidencialidad no es recíproco, que sólo es obligación del equipo de salud.

LA CONFIDENCIALIDAD

Es el deber del profesional a la preservación de las informaciones obtenidas en una relación de consentimiento y confianza en la atención de un usuario y cuyo último fin es el beneficio de éste.

Incluye el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos personales, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes.



LA CONFIDENCIALIDAD

Es un DERECHO del adolescente. Es un DEBER del profesional.

Límites de la confidencialidad: Riesgo vital para el adolescente o terceras personas o cualquier otra situación grave para la salud (ideación o intento suicidio, abuso sexual, maltrato, enfermedad Garantía Explícita en Salud -GES)



IMPORTANTE:



Indague el motivo de consulta (del adolescente y de la familia) con preguntas abiertas, que invitan a hablar evitando hacer juicios de valor. Ejemplo: ¿Que te trae por acá?, ¿En qué te puedo ayudar?, ¿y usted porque lo trae?



Consejos para una buena entrevista...

- ⌘ Durante la anamnesis no realice preguntas delicadas o del ámbito íntimo del adolescente.
- ⌘ Frente a una tercera persona que podrían incomodarle o no responder en forma franca por vergüenza o temor.
- ⌘ Cuando realice el genograma familiar pregunte frente a familiares solo estructura y deje para entrevistar a solas las relaciones entre los miembros de la familia.

Consejos para una buena entrevista...

- Desarrolle la anamnesis de acuerdo al motivo de consulta y al problema que usted va definiendo. Recuerde que no siempre el motivo de consulta es el real problema o necesidad del adolescente y dentro de su rol es poder identificarlo y consensuarlo con él o la adolescente y su familia si corresponde.

Consejos para una buena entrevista...

- Indague sobre la agenda “oculta”, que son esos temas que realmente lo llevan a consultar y que los compartirá con el profesional sólo si se siente escuchado, comprendido y se asegura la confidencialidad (y sus límites).

Consejos para una buena entrevista...

- Mantenga siempre una comunicación horizontal (no directiva), respetuosa, bidireccional: Escuche atentamente, recuerde el nombre, utilice lenguaje claro, directo y comprensible, use preferentemente preguntas abiertas y esté atento al lenguaje verbal y no verbal del adolescente y su familia.

Consejos para una buena entrevista...

- Evite los silencios prolongados, pero deje espacio para que pueda reflexionar, pensar. Recuerde que también usted puede tener espacios de silencio para pensar que pregunta hará, de acuerdo a la información que va recabando, ligando y analizando.
- Dé un espacio para la retroalimentación.
- Pida retroalimentación por ejemplo: si el control le resultó útil o no.
- Al finalizar, se formulan los acuerdos y conclusiones logrados en relación con los problemas o necesidades, que fueron definidas en la entrevista y se establece otra citación o se negocia un plan de intervención.

EVALUACION BIOSICOSOCIAL

- ∞ Motivos de consulta del adolescente y acompañantes.
- ∞ Antecedentes mórbidos personales y familiares.
- ∞ Evaluar estructura y funcionamiento familiar con el genograma (crisis del ciclo familiar como separaciones o duelos, vínculos), percepción de la calidad de la relación familiar y escolaridad.
- ∞ o trabajo, si lo hubiere.

EVALUACION BIOSICOSOCIAL

- ∞ Condiciones sanitarias de vivienda.
- ∞ Situación escolar y/o laboral del adolescente.
- ∞ Vida social: pareja, amigos, actividad física, TV, computador, consolas y otras actividades, violencia pareja, bullying o cyberbullying.
- ∞ Hábitos de sueño, alimentación, dietas especiales, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

EVALUACION BIOSICOSOCIAL

- ∞ Aspectos gineco/urinaros.
- ∞ Sexualidad: orientación sexual, intención o conducta sexual, pareja sexual, métodos anticonceptivos (incluido preservativos), consejería, violencia sexual.
- ∞ Situación psicosocial: imagen corporal, proyecto de vida, bienestar emocional, riesgo suicida y referente adulto.

EXAMEN FISICO



EXAMEN FISICO



El examen físico debe realizarse respetando la privacidad de cada adolescente consultante, se debe consignar su opinión sobre el hecho de que sus padres estén presentes. También una alternativa, es realizar el examen físico acompañado por un técnico paramédico, en especial en aquellos casos en que existen situaciones especiales, tales como, discapacidad o sospecha de violencia sexual.



Cuando se requiera efectuar una inspección genital, éste debe ser realizado siempre en presencia de un profesional, técnico paramédico, familiar o persona que lo acompañe, nunca a solas. Esto debe ser consensuado con él o la adolescente. El examen debe ser para cada adolescente consultante, una experiencia educativa y de autoafirmación.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y DESARROLLO PUBERAL



a) Evaluar Grados de Tanner: Si la evaluación de desarrollo puberal se realiza en un centro de salud, debe ser por observación directa, en presencia de un adulto, o por autoevaluación a través de imágenes, evaluando en ambos casos según sexo, desarrollo mamario y desarrollo genital en el hombre.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y DESARROLLO PUBERAL



b) Evaluación Nutricional: La evaluación del estado nutricional, forma parte de la evaluación de salud integral adolescente y debe ser más exhaustiva frente a mal nutrición por déficit o exceso, práctica de deportes competitivos, presencia de patologías crónicas o la sospecha de trastornos de la conducta alimentaria, entre otros casos.

EVALUACION NUTRICIONAL



Índice de Masa Corporal	Tu rango
15 o menos	Delgadez muy severa
15 – 15.9	Delgadez severa
16 – 18.4	Delgadez
18.5 – 24.9	Peso Saludable
25 – 29.9	Sobrepeso
30 – 34.9	Obesidad Moderada
35 – 39.9	Obesidad severa
40 o más	Obesidad muy severa (obesidad mórbida)

ESTADIO DE TANNER



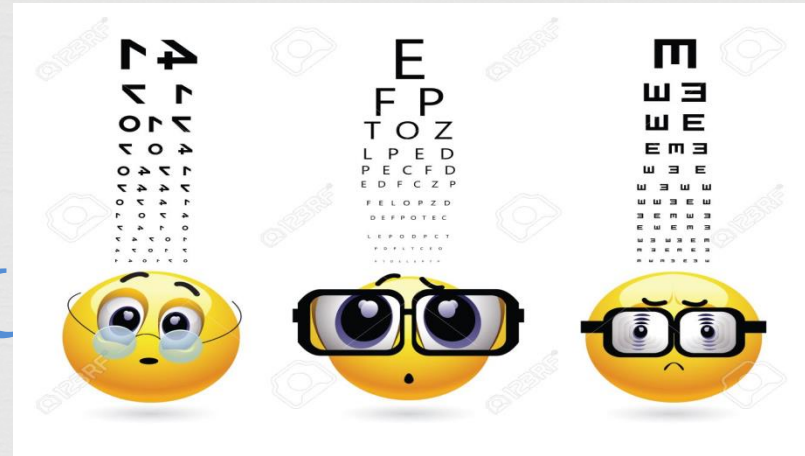
EXAMEN FISICO SEGMENTARTIO



EXAMEN FISICO SEGMENTARIO

Medir presión arterial (PA), estos aumentan notoriamente en condiciones fisiológicas entre los 13 y 18 años, secundario al crecimiento y desarrollo corporal, razón por la cual, los valores de normalidad deben relacionarse además de la edad y sexo, con el tamaño corporal.

Examen de visión. C



- Realizar valoración de la agudeza visual, con Tabla de Optotipo, abreviada usada por el programa de JUNAEB la cual reduce los falsos positivos asociados al efecto de cansancio y es más práctica ya que se requiere un espacio más pequeño para su aplicación. También se puede usar tabla Snellen.
- En la tabla de JUNAEB, la persona se sitúa a 3 metros de distancia de la tabla, examinando cada ojo por separado. El resultado se expresa para cada ojo, en caso de usar anteojos debe ser evaluado con ellos y consignar que es con lentes.

ESTRUCIONES: Para saber si una persona tiene la vista normal, debe leer en cada ojo individual las letras de la línea correspondiente a la distancia especificada junto a cada número. Ejemplo: la línea 11 debe leerse a una distancia de 3.05 metros.

Programa Salud del Estudiante
JUNAEB
Tabla de Snellen: Optotipos
(Para colgar en la pared)

A 3 metros de distancia: Línea uno equivale a 1/10 de agudeza visual
Línea dos equivale a 4/10 de agudeza visual
Línea tres equivale a 3/10 de agudeza visual
Línea cuatro equivale a 10/10 de agudeza visual

TODO NIÑO(A) QUE NO LEA BIEN LÍNEA TRES DEBE DERIVARSE

Referir con visión igual o inferior a la cuarta fila (línea tres) en cartilla de JUNAEB considerando que deben leer más del 50% de los optotipo de dicha línea (3 de 5).

Considerando cada ojo por separado y consignando si es con o sin lentes

Periodicidad



Se recomienda realizar el examen visual a los 12, 15 y 18 años. A los 12 años verificar si se le realizó el auto screening en 6° básico por JUNAEB.

Si se confirma que fue evaluado por el Programa de Servicios Médicos, el examen se posterga para evaluación a los 15 y 18 años.

En caso de estar cursando 6° básico, se sugiere privilegiar el acceso al Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, que asegura una atención continua con sus controles posteriores y la entrega de lentes

Alteraciones de la audición:



En caso de sospecha de alteraciones de la audición, se debe investigar en la anamnesis antecedentes de otitis, quemaduras, accidentes, traumas acústicos, tapón de cerumen, hipoacusia hereditaria u otros motivos que hayan afectado la audición.

Observar integridad de pabellones auriculares externos y preguntar por percepciones de pérdidas o disminución total o parcial de audición.

Examen de columna.



El trastorno más frecuente en la adolescencia es la escoliosis, que aparece después de los 8 años y se hace más frecuente entre los 10 y 14 años. Tanto el inicio, como la evolución de la escoliosis son silenciosas, no producen dolor ni malestar.

El diagnóstico, precoz es fundamental para realizar un oportuno tratamiento ortopédico, de manera de efectuar una detección oportuna de curvaturas leves, que de no ser vigiladas y monitoreadas en el tiempo pueden progresar y ocasionar su progresión aguda, transformándose de flexibles a rígidas o estructuradas, lo que obliga a un tratamiento quirúrgico para su corrección. La presencia de dolor asociado es un signo de alerta que requiere evaluación de especialista.

Signos clínicos.



Los signos clínicos que deben hacer sospechar una escoliosis son:

- Hombros a diferente altura.
- Escápulas en desnivel y mayor prominencia de una.
- Triángulo del talle asimétrico.
- Altura y forma diferente de crestas ilíacas.

Salud Oral.



Consiste en la inspección de la cavidad oral. Debe realizarse en un lugar con buena iluminación e integrado en la secuencia habitual del examen físico general.

Se debe utilizar un “baja lengua” y/o un espejo bucal y de ser necesario, utilizar una linterna para iluminar el interior de la boca.



Durante la inspección de boca se debe observar: labios, mucosa bucal y cara interna de las mejillas, encías, lengua, piso de boca, paladar duro y blando, faringe y dientes. Detectando si tiene sangrado de encías, caries evidentes, pérdida de dientes, halitosis, uso de piercing en boca, lesiones en lengua, labio o mucosas.



**ASPECTOS
IMPORTANTES QUE SE
DESARROLLAN
DENTRO DEL
PROGRAMA DEL JOVEN**

SALUD FISICA Y ORAL



- Duerme durante el tiempo adecuado: Sí tienes entre 10 y 12 años duerme 9 a 12 horas y si tienes 13 años duerme entre 8 a 10 horas. Dormir las horas adecuadas te ayuda a mejorar la atención, el comportamiento, la memoria, tu salud mental y física.
- 30 minutos antes de acostarte, apaga todas las pantallas, esto incluye la televisión, el computador y los teléfonos inteligentes.
- Haz una hora de actividad física al día o puedes hacer distintas actividades en intervalos más cortos que sumen 1 hora al día.



- Cepilla tus dientes con pasta dental con flúor al menos dos veces al día, sin olvidar cepillarlos antes de acostarse.
- Lleva tu cepillo y pasta dental con flúor el colegio.
- Usa hilo, seda dental, o cepillo interdental diariamente, de preferencia en la noche.



- Toma agua potable en forma diaria, especialmente si practicas algún deporte. El agua potable también tiene flúor.
- Consulta al dentista, idealmente, una vez al año. Infórmate sobre el control a los 12 años.
- Infórmate sobre tu desarrollo físico, pregunta dudas e inquietudes sobre tu desarrollo a la matrona de tu Espacio Amigable.

ALIMENTACION SALUDABLE E IMAGEN CORPORAL



Recomendaciones :

- Come 3 comidas importantes al día.
- Es muy importante que desayunes.
- Trata de comer alimentos saludables y variados: 5 frutas frescas y verduras de distintos colores cada día. Toma 3 vasos de leche, yogurt o queso descremados.
- Toma 6 a 8 vasos de agua al día, esta es mejor que tomar jugos o bebidas.



- Limita las comidas grasosas, los dulces, bebidas y jugos azucarados.
- Evita comer frente al televisor, computador o videojuegos.
- Come con tu familia.
- Siente orgullo cuando hagas algo bueno.

ACTIVIDAD FISICA



- Trata de hacer una hora diaria de actividad física de moderada intensidad (caminar a paso ligero, patinaje, o andar en bicicleta) a vigorosa (correr, baloncesto, fútbol). Te ayuda a prevenir la obesidad y fortalece tus huesos, músculos y corazón.
- Reduce o disminuye el tiempo “no activo” dedicado a ver televisión, juegos de videos y computador y cámbialo por otras actividades recreativas, partiendo por 30 minutos menos por día.
- Haz actividad física con tu familia y/o amigos.
- Toma mucha agua para mantenerte hidratado cuando realices actividad física, de modo de prevenir

RELACION CON LA FAMILIA, PARES Y COMUNIDAD.



- Pasa tiempo con tu familia, en actividades que disfruten juntos.
- Busca modos de ayudar en tu casa.
- Es importante que te mantengas comunicado con tus padres.
- Respeta y sigue las reglas de tu familia.
- Elige buenos amigos y mantenlos.



- Busca información que te permita conocer las organizaciones de tu comunidad y hacer cosas entretenidas y seguras.
- Conoce las organizaciones de tu comunidad.
- Participa en actividades recreacionales, culturales, religiosas, deportivas, grupo scout, en tu colegio y tu barrio.
- Acércate a tu espacio amigable si quieres proponer alguna idea.

RELACIONES INTERPERSONALES



- Busca actividades que realmente te interesen, como deporte, teatro, religiosas.
- Comparte tiempo con tu familia.
- Busca hacer actividades que ayuden a otros de tu entorno o comunidad.
- Infórmate de la actualidad, en diarios o noticieros, así tendrás una mejor opinión de las cosas y podrá conversar con la familia y amigos.

DESEMPEÑO ESCOLAR

- Se responsable de tus tareas y asistencia al colegio.
- Si necesitas ayuda para organizar tu tiempo de estudio en la casa, habla con tus padres o profesores.
- Si estás teniendo dificultades en el colegio o tienes problemas en el camino hacia el, habla acerca de ello, con tus padres, profesores o con un adulto en el que confíes.



- Identifica las cosas que te cuesta realizar, las asignaturas en que tienes dificultad y solicita ayuda a tu familia, profesores.
- Participa en las actividades escolares.
- Expresa tus ideas y propone actividades para tu colegio.
- Lee a menudo.

Angustia o Estrés



- Busca maneras saludables de enfrentar el estrés.
- Busca siempre ayuda de un profesional o de un adulto en el que confíes, cuando vivas situaciones estresantes o te angustie algo.
- Trata de resolver tus problemas hablando. Nunca uses violencia.

Regulación del animo y salud mental



- Busca los modos para superar situaciones difíciles y expresar tus emociones, incluida la rabia.
- Utiliza tus redes de apoyo, como tu familia, profesores y profesionales de salud.
- Busca a un adulto en quien confiar, como un profesional de salud, padres, profesores, etc. cuanto estés angustiado, triste, nervioso, solo, o tengas dificultades.
- Eres valioso, aprende a quererte y cuidarte.

Sexualidad.



- Identifica a un adulto responsable en quien confíes para hablar de sexualidad.
- Busca y comparte información veraz sobre sexualidad, tu desarrollo físico y tus sentimientos.
- Infórmate de tus derechos sexuales y reproductivos.



- Pregunta a los profesionales de tu Espacio Amigable, tus dudas e inquietudes acerca de los cambios corporales, psicológicos, infecciones de transmisión sexual, desarrollo de tu sexualidad.
- Haz valer el derecho que tienes a poder expresar libremente tus sentimientos y opiniones.
- Realízate un control ginecológico anual con la matrona o ginecólogo.

Tabaco, Alcohol y Otras Drogas



- Infórmate acerca de los efectos del tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas.
- Habla con tus padres acerca del uso de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas.
- No te quedes en espacios cerrados con fumadores de tabaco, el humo también puede afectar tu salud.



- Apoya a los amigos/as que deciden no usar tabaco, alcohol marihuana y otras drogas.
- Busca ayuda profesional en tu Espacio Amigable, si consumes o estás preocupado acerca del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas de algún familiar o amigo.

Embarazo y ITS



- Habla sobre la pubertad y las presiones sexuales con algún adulto en quien confíes.
- No tener actividad sexual, es la conducta más protectora, para evitar un embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual, durante la adolescencia.
- Decide retrasar el iniciar actividad sexual, esta es una opción voluntaria, válida y respetable. Muchos/as adolescentes de tu edad, eligen esta opción.
- Aprende a resistir la presión del grupo y a decir NO.



- Busca información sobre el embarazo en la adolescencia y como esto podría afectar tu desarrollo. Si tienes dudas pregúntale a un profesional de la salud de tu Espacio Amigable o centro de salud.
- Busca información sobre las infecciones de transmisión sexual, si tienes dudas pregúntale a un profesional de la salud de tu Espacio Amigable o centro de salud.
- Infórmate de las consecuencias negativas de las infecciones de transmisión sexual. Acércate a tu centro de salud.
- Usar métodos anticonceptivos + condón (doble protección), es la conducta más protectora, cuando las personas deciden tener actividad sexual.

Abuso de Sustancias e ir en Vehículo



- No andes en un vehículo manejado por alguien que ha estado consumiendo alcohol o drogas, incluido marihuana.
- Llama a tus padres u otro adulto de confianza para obtener ayuda si te sientes inseguro.
- Conversa con tu familia para decidir un plan sobre qué hacer en caso de que te sientas inseguro en un vehículo, debido a que el conductor ha estado bebiendo o consumiendo drogas, o si cualquier situación se ha salido de control.

Armas de Fuego



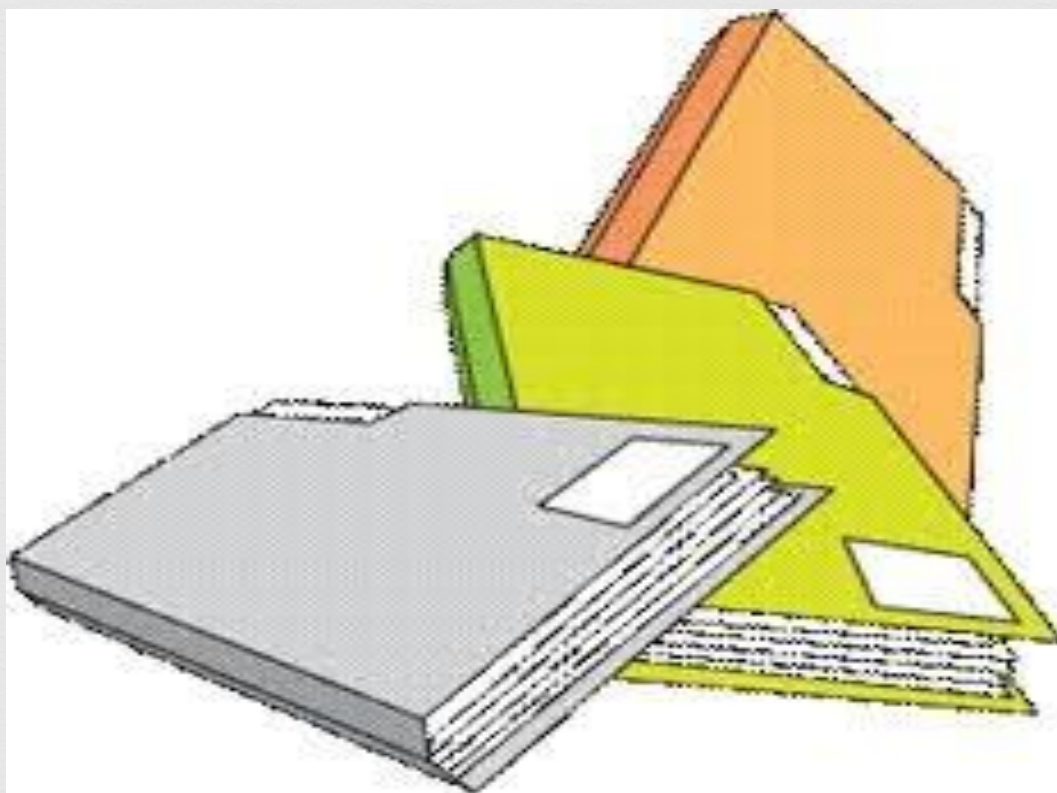
- No tengas un arma de fuego en tu casa. En caso de tenerla, debe estar debidamente inscrita, guardada, descargada y con seguro, con las municiones aparte y bajo llave, a cargo de un adulto.
- No juegues con armas de fuego aunque te encuentres con un adulto.
- Busca modos no violentos de resolver los conflictos. Pelear y portar armas puede ser peligroso y constitutivo de delito. Conversa con un profesional de tu Espacio Amigable sobre cómo evitar estas situaciones.
- Evita los juegos y bromas con objetos como lápices, cuchillos cartoneros, tijeras, cortaplumas.

Violencia Interpersonal (Matonaje)



-
- Habla siempre con tus padres o con profesionales de salud de tu espacio amigable o profesor, si eres víctima de matonaje, acoso, abuso o si alguien amenaza tu seguridad.
 - Busca la manera de enfrentar el conflicto de forma no violenta. Consulta en tu Espacio Amigable para aprender estas maneras.
 - Evita situaciones riesgosas, evita a la gente violenta. Pide ayuda si las cosas se ponen peligrosas o retírate del lugar si es necesario.

ANEXOS



ANEXO N° 4:
FICHA CLAP AUTOADMINISTRADA

FORMULARIO DE AUTOAPLICACION PARA EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL

Hola, queremos mejorar la calidad de la atención que te entregamos, para ello es muy importante que completes la siguiente encuesta, por lo que te pedimos respondas algunas preguntas de información general y algunas preguntas específicas sobre tu salud y la de tu familia.

Contesta las preguntas basados en lo que realmente sabes. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no cuentas con toda la información, puedes preguntarles a tus padres/tutor legal o dejar en blanco para que las respondas en conjunto con el profesional de salud.

Toda la información que entregues será confidencial y se utilizará sólo para las acciones del Control de Salud.

Sección 1: Completa en el recuadro con letra impresa la siguiente información sobre antecedentes personales y de tu familia, marca con una X el casillero gris que corresponde.

¿CUÁLES SON TUS NOMBRES? : _____

¿CUÁLES SON TUS APELLIDOS? : _____

¿CÓMO QUIERES SER LLAMADO? : _____

¿CUÁL ES TU RÚN (Carnet de Identidad)? _____ ¿CUÁL ES TU PAÍS DE ORIGEN? _____

¿CUÁL ES TU SEXO?
 Mujer Hombre

¿PERTENECES O TE IDENTIFICAS CON ALGÚN PUEBLO INDÍGENA? :
 no sí ¿Cuál? _____

¿CUÁL ES TU FECHA DE NACIMIENTO? (día/mes/año): _____ ¿CUÁNTOS AÑOS TIENES? : _____

¿CUÁL ES TU DIRECCIÓN? (calle, número, comuna): _____

¿CUÁLES SON TUS TELÉFONOS DE CONTACTO?
 Teléfono Fijo: _____ Domicilio: Recados: Celular: _____

¿CUÁL ES TU CORREO ELECTRÓNICO?: _____

¿CUÁL ES TU ESTADO CIVIL?
 casado conviviente soltero
 unión civil separado viudo

¿CON QUIÉN VIVES?
 Sólo/a Con Madre Con otro
 En institución Con Padre Con quien: _____

¿COMPARTES LA CAMA?
 no sí ¿Con quien? _____

¿HASTA QUE CURSO ESTUDIARON TUS PADRES Y/O PAREJA?
 ninguno básica media superior
 Madre o sustituta*
 Padre o sustituto*
 Pareja

*Sustituto/a se refiere a la persona que cumple actualmente el rol de padre o madre.

¿EN QUE TRABAJAN TUS PADRES Y/O PAREJA?
 Madre o sustituta: _____ Padre o sustituto: _____ Pareja: _____

¿HAS ACUDDIDO A ALGÚN CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? no sí

¿CON QUIÉN ASISTES A CONTROL?

Solo/a madre padre amiga/a pareja pariente otro

Sección 2: La siguiente sección es sobre antecedentes de tu salud, marca con una X tu respuesta en cada pregunta.

CON RESPECTO A TUS ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	NO SE
1.- ¿PRESENTASTE ALGUNA COMPLICACIÓN DE SALUD ANTES O DESPUÉS DE NACER?			
2.- ¿TIENES ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO Y/O ALIMENTO?			
3.- ¿TIENES TODAS LAS VACUNAS DE ACUERDO A TU EDAD?			
4.- ¿RECIBISTE LA VACUNA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)?			
5.- ¿TIENES ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD (FÍSICA, AUDITIVA, VISUAL)?			
6.- ¿HAS TENIDO ALGÚN ACCIDENTE QUE TE CAUSÓ ALGUN DAÑO?			
7.- ¿HAS TENIDO ALGUNA OPERACIÓN Y/O HAS ESTADO HOSPITALIZADO?			
8.- ¿UTILIZAS ALGÚN MEDICAMENTO HABITUALMENTE?			
9.- ¿TIENES O HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE COMO: OBESIDAD, DIABETES, PRESIÓN ALTA, CÁNCER, PROBLEMAS AL CORAZÓN, TUBERCULOSIS, HEPATITIS U OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA? Indicar cuál: _____			

Sección 3: La siguiente sección es sobre antecedentes de salud y otros ámbitos de tu familia (padres, abuelos, hermanos, tíos, primos), marca con una X tu respuesta en cada pregunta.

CON RESPECTO A LOS ANTECEDENTES DE SALUD Y EN OTROS ÁMBITOS DE TU FAMILIA	SI	NO	NO SE
1.- ¿ALGUIEN DE TU FAMILIA TIENE ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE COMO: DIABETES, PRESIÓN ALTA, CÁNCER, PROBLEMA AL CORAZÓN, TUBERCULOSIS, U OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA. ? Indicar cuál: _____			
2.- ¿ALGUIEN DE TU FAMILIA ES OBESO/A?			
3.- ¿ALGUIEN DE TU FAMILIA CONSUME ALCOHOL Y/O OTRAS DROGAS?			
4.- ¿EN TU HOGAR HAY ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA?			
5.- ¿TU PADRE O MADRE TUVIERON HIJOS ANTES DE LOS 19 AÑOS?			
6.- ¿ALGUIEN DE LA FAMILIA HA TENIDO PROBLEMAS CON LA JUSTICIA?			

Agradecemos el tiempo dedicado a responder. Esta encuesta debes entregarla al profesional de salud que realizará tu Control en el establecimiento educacional o Centro de Salud.

**ANEXO Nº 5:
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 18 AÑOS**



**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 18 AÑOS
CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES**

He sido informado que el Centro de Salud _____ está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes", en mi establecimiento educacional, este control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar mi estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este control dura aproximadamente 30 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán un control de talla y peso (con ropa y sin zapatos), presión arterial y examen visual cuando corresponda.

Mis datos personales y el desarrollo del control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo mi vida o la de terceras personas o cualquier otra situación grave para mi salud (ideación o intento suicidio, abuso sexual, maltrato, enfermedad Garantía Explícita en Salud -GES). Frente a esta situación el equipo de salud me informará de las acciones que se realizarán en mi beneficio, que incluye informar a padres/tutor legal.

Si soy beneficiario de FONASA se me ha informado que en caso de necesitar otra atención será derivado(a) a la red de salud pública. Si soy ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud.

También he sido informado(a) que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución.

Para la realización del control en mi establecimiento de educación, sé que debo contar con la autorización de mis padres/tutor legal, y que la manifestada en esta ocasión es sólo para este control y no para las atenciones que se den en el centro de salud.

Estoy en conocimiento de la plena libertad que tengo para aceptar o rechazar participar en este control de salud. Si no acepto participar, no perderé mis beneficios como usuario(a) de del establecimiento de salud, así como tampoco me afectará en mi colegio y en ningún caso será sancionado(a) ni juzgado(a) por ello.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este control y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, por lo que doy mi asentimiento para que (los) profesionales realicen las acciones que son parte de este Control de Salud Integral.



NOMBRE DEL O LA ADOLESCENTE:		
RUT:		
ACEPTO PARTICIPAR	SÍ	NO
FIRMA:		

NOMBRE PROFESIONAL:	
RUT:	FIRMA:

_____ de _____ de 201__

**ANEXO N° 6:
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ≥ 18 AÑOS**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ≥ 18 AÑOS
CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES**

He sido informado que el Centro de Salud _____ está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes", en mi establecimiento educacional, este control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este control dura aproximadamente 30 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán un control de talla y peso (con ropa y sin zapatos), presión arterial y examen visual cuando corresponda.

Mis datos personales y el desarrollo del control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo mi vida o la de terceras personas o cualquier otra situación grave para mi salud (Ideación o Intento suicidio, abuso sexual, maltrato, enfermedad Garantía Explícita en Salud -GES). Frente a esta situación el equipo de salud me informará de las acciones que se realizarán en mi beneficio.

Si soy beneficiario de FONASA se me ha informado que en caso de necesitar otra atención será derivado(a) a la red de salud pública. Si soy ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud.

También he sido informado(a) que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta Institución.

Estoy en conocimiento de la plena libertad que tengo para aceptar o rechazar participar en este control de salud. Si no acepto participar, no perderé mis beneficios como usuario(a) del establecimiento de salud, así como tampoco me afectará en mi colegio y en ningún caso será sancionado(a) ni juzgado(a) por ello. Manifiesto que he entendido en qué consiste este control y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, por lo que doy mi consentimiento para que las(os) profesionales realicen las acciones que son parte de este Control de Salud Integral.

NOMBRE DEL O LA ADOLESCENTE:		
RUT:		
DÓY MI CONSENTIMIENTO	SÍ	NO
FIRMA:		
NOMBRE PROFESIONAL:		
RUT:	FIRMA:	

_____ de _____ de 201__

ANEXO Nº 7:
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE / O TUTOR LEGAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE / O TUTOR LEGAL
SOBRE CONTROL DE SALUD INTEGRAL

He sido informado que el Centro de Salud..... está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes" en los establecimientos educacionales. Este control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así como manejar inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este control dura aproximadamente 30 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes preguntarán algunos antecedentes de salud, se realizará un control de talla y peso (con ropa y sin zapatos), presión arterial y examen visual cuando corresponda.

Los datos personales de mi hijo(a) y el desarrollo del control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo su vida o la de terceras personas o cualquier otra situación grave que amerite que yo esté en conocimiento (ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garanta Explicita en Salud - GES, entre otras). Frente a esta situación el equipo de salud informará a mi hijo(a) y tomará contacto conmigo para informar la situación y las acciones que se realizarán para resguardar su salud.

En caso de que mi hijo(a) sea beneficiario de FONASA y necesite otra atención, se me ha informado que será derivado(a) a la red de salud pública. Si es ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud.

También he sido informado(a) que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución. Manifiesto que he entendido en qué consiste este control, y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que mi hijo(a) tiene como usuario/a de el establecimiento de salud, así como tampoco le afectará en su colegio y en ningún caso podrá ser sancionado/a ni juzgado/a por ello.

Por lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del Control de Salud de mi hijo(a), en su establecimiento educacional.

En caso de no aceptar, debo entregar este consentimiento firmado a la dirección del colegio.

Tomo conocimiento que en caso de no entregar este consentimiento firmado en la dirección del establecimiento educacional dentro de un plazo máximo de 2 semanas, el equipo de salud dará por aceptada la autorización para realizar el Control de Salud del/ta alumno(a).



NOMBRE DEL O LA ADOLESCENTE:	
RUT:	
Nº AUTORIZA:	FIRMA:
NOMBRE PROFESIONAL:	
RUT:	
FIRMA:	

_____ de _____ de 201_____

ANEXO N° 9:
CURVAS PARA EVALUACIÓN DE TALLA EN MUJERES



Talla por Edad en Niñas y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



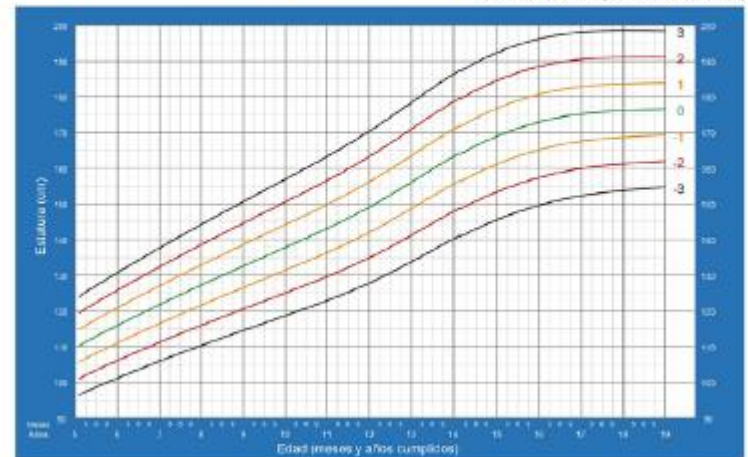
2007 WHO Reference

ANEXO N° 8:
CURVAS PARA EVALUACIÓN DE TALLA EN HOMBRES



Talla por Edad en Niños y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



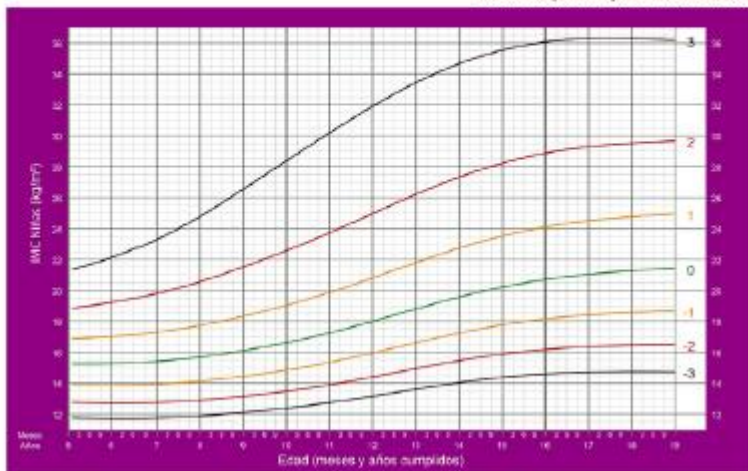
2007 WHO Reference

ANEXO N° 11:
CURVAS PARA EVALUACIÓN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), EN MUJERES



IMC por Edad en Niñas y Adolescentes

0 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



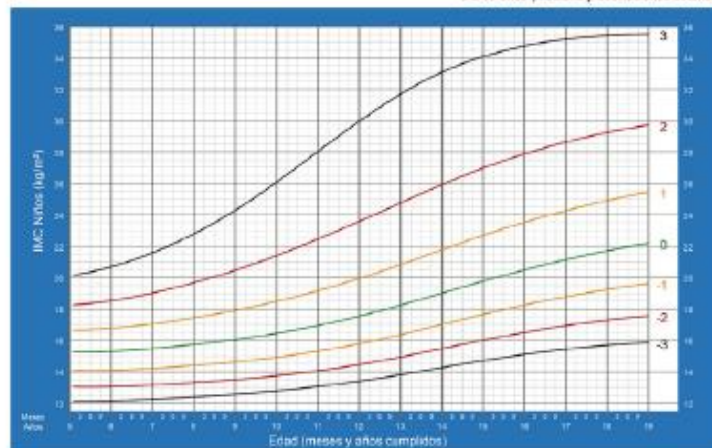
2007 WHO Reference

ANEXO N° 10:
CURVAS PARA EVALUACIÓN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN HOMBRES



IMC por Edad en Niños y Adolescentes

0 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



2007 WHO Reference

**ANEXO Nº 12:
PRESIÓN SISTÓLICA-DIASTÓLICA EN HOMBRES**

VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL EN HOMBRES

Actualización: Enero, 2012

Created by IHA, 2011, all rights reserved

Edad (años)	Estado	Presión Arterial Sistólica (mmHg)								Presión Arterial Diastólica (mmHg)							
10	Talla en cm	128.2	128.6	134.4	136.6	140.3	147.4	148.8	123.2	126.8	134.4	136.6	140.3	147.4			
	Normal	87	98	106	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62			
	Prehipertensión	111	112	114	113	117	118	119	73	73	74	75	76	77			
	HIA Etapa 1	115	118	117	119	121	123	123	77	78	79	80	81	81			
	HIA Etapa 2	127	128	136	132	133	135	135	90	91	91	93	93	94			
11	Talla en cm	132.4	134.8	138.0	143.7	148.5	152.9	155.6	132.4	134.8	138.0	143.7	148.5	152.9			
	Normal	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63			
	Prehipertensión	113	114	116	117	119	120	121	76	74	75	76	77	78			
	HIA Etapa 1	117	118	119	121	123	124	125	79	78	79	80	81	82			
	HIA Etapa 2	129	130	132	134	135	137	137	91	91	92	93	94	95			
12	Talla en cm	137.3	138.8	144.3	148.3	154.4	159.9	161.8	137.3	138.8	144.3	148.3	154.4	159.9			
	Normal	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63			
	Prehipertensión	115	118	118	120	121	123	123	76	75	75	76	77	78			
	HIA Etapa 1	119	120	122	123	125	127	127	79	79	80	81	82	82			
	HIA Etapa 2	131	132	134	136	138	139	140	91	92	93	94	95	95			
13	Talla en cm	142.8	146.4	151.1	156.8	161.7	168.8	168.8	142.8	146.4	151.1	156.8	161.7	168.8			
	Normal	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64			
	Prehipertensión	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79			
	HIA Etapa 1	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83			
	HIA Etapa 2	133	135	136	138	140	141	142	92	92	93	94	95	96			
14	Talla en cm	150.5	152.6	158.7	164.1	169.6	174.2	177.8	150.5	152.6	158.7	164.1	169.6	174.2			
	Normal	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65			
	Prehipertensión	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	80			
	HIA Etapa 1	124	125	127	129	130	132	132	80	80	81	82	83	84			
	HIA Etapa 2	136	137	138	141	143	144	145	92	93	94	95	96	97			
15	Talla en cm	156.7	158.8	164.8	170.1	175.0	179.8	182.4	156.7	158.8	164.8	170.1	175.0	179.8			
	Normal	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66			
	Prehipertensión	122	124	126	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80			
	HIA Etapa 1	126	127	129	131	133	135	135	81	81	82	83	84	85			
	HIA Etapa 2	139	140	141	143	145	147	147	93	94	95	96	97	98			
16	Talla en cm	160.8	163.7	168.5	173.8	178.6	182.9	185.9	160.8	163.7	168.5	173.8	178.6	182.9			
	Normal	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67			
	Prehipertensión	125	126	128	130	131	133	134	76	76	77	78	79	80			
	HIA Etapa 1	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86			
	HIA Etapa 2	141	142	144	146	148	149	150	95	95	96	97	98	99			
17	Talla en cm	165.1	168.8	173.4	178.3	183.2	187.5	191.1	165.1	168.8	173.4	178.3	183.2	187.5			
	Normal	114	115	116	118	120	121	122	65	66	67	68	69	70			
	Prehipertensión	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84			
	HIA Etapa 1	131	132	134	136	138	139	140	84	84	85	87	87	88			
	HIA Etapa 2	144	145	146	148	150	151	152	97	98	98	99	100	101			

**ANEXO Nº 13:
PRESIÓN SISTÓLICA-DIASTÓLICA MUJERES**

VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL EN MUJERES

Actualización: Enero, 2012

Created by IHA, 2011, all rights reserved

Edad (años)	Estado	Presión Arterial Sistólica (mmHg)								Presión Arterial Diastólica (mmHg)							
10	Talla en cm	127.8	129.8	133.7	138.2	142.8	147.0	149.8	127.8	129.8	133.7	138.2	142.8	147.0			
	Normal	98	99	100	102	103	104	105	59	59	60	61	61	62			
	Prehipertensión	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76			
	HIA Etapa 1	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80			
	HIA Etapa 2	129	128	136	134	132	134	134	90	89	90	91	91	92			
11	Talla en cm	132.4	138.9	139.4	144.3	149.2	153.7	156.4	132.4	138.9	139.4	144.3	149.2	153.7			
	Normal	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63			
	Prehipertensión	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77			
	HIA Etapa 1	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81			
	HIA Etapa 2	130	130	131	133	134	135	136	90	90	91	92	92	93			
12	Talla en cm	139.9	142.9	148.5	151.5	156.4	160.8	163.5	139.9	142.9	148.5	151.5	156.4	160.8			
	Normal	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64			
	Prehipertensión	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78			
	HIA Etapa 1	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82			
	HIA Etapa 2	132	132	133	135	136	137	138	91	91	92	93	93	94			
13	Talla en cm	145.9	148.4	152.7	157.3	162.9	168.1	168.8	145.9	148.4	152.7	157.3	162.9	168.1			
	Normal	104	105	106	107	109	110	110	62	62	63	63	64	65			
	Prehipertensión	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79			
	HIA Etapa 1	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83			
	HIA Etapa 2	133	134	135	137	138	139	140	92	92	93	94	94	95			
14	Talla en cm	149.7	152.6	158.8	163.5	168.9	173.3	175.3	149.7	152.6	158.8	163.5	168.9	173.3			
	Normal	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66			
	Prehipertensión	119	120	121	122	124	125	126	77	77	77	78	79	80			
	HIA Etapa 1	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84			
	HIA Etapa 2	135	136	137	138	140	141	141	93	93	94	95	95	96			
15	Talla en cm	151.3	153.6	157.5	161.3	166.0	170.2	172.8	151.3	153.6	157.5	161.3	166.0	170.2			
	Normal	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67			
	Prehipertensión	120	121	122	123	125	126	127	76	76	76	77	78	79			
	HIA Etapa 1	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85			
	HIA Etapa 2	136	137	138	139	141	142	143	94	94	95	96	96	97			
16	Talla en cm	151.9	154.3	159.2	162.6	166.6	170.9	173.2	151.9	154.3	159.2	162.6	166.6	170.9			
	Normal	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67			
	Prehipertensión	121	122	123	124	126	127	128	76	76	76	77	78	79			
	HIA Etapa 1	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	86			
	HIA Etapa 2	137	138	139	140	142	143	144	95	95	96	96	97	98			
17	Talla en cm	155.3	154.8	159.8	162.9	167.5	171.2	175.8	155.3	154.8	159.8	162.9	167.5	171.2			
	Normal	109	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67			
	Prehipertensión	122	122	123	125	126	127	128	76	76	76	77	78	79			
	HIA Etapa 1	126	126	127	129	130	131	132	82	82	83	84	85	86			
	HIA Etapa 2	138	138	139	141	142	143	144	95	95	96	96	97	98			

HIA = HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Adaptado de la Asociación Internacional de Hipertensión Pediátrica (IHA)

ANEXO N° 18: GENOGRAMA FAMILIAR



Cuestionario No. 1



1. En que consiste el programa del joven?
2. Mencione 3 criterios técnicos.
3. Que es el CIE 10?
4. A que población va dirigido el programa del joven ?
5. Que es confidencialidad?. y de 5 ejemplos.
6. Realice 2 ejemplos de cada uno de los aspectos importantes del programa del joven.

