



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COORDINACIÓN CON REDES LOCALES Equipo de Salud Mental Infantil

Estimado padre/ madre o tutor legal, como equipo de salud mental infantil informamos a usted lo siguiente:

1. Que la información del diagnóstico y tratamiento del niño/a o adolescente es confidencial,
2. Que el principio de confidencialidad puede ser quebrantado en caso de que la orden de entrega de información provenga de una orden judicial, y también, en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de su hijo/a o algún miembro de la comunidad.
3. Que las atenciones terapéuticas que se realizan para favorecer el bienestar del niño/a o adolescente tienen un enfoque integral y sistémico, desde esta perspectiva, en ocasiones se requiere realizar coordinaciones con diferentes redes en las cuales se encuentra inserto su hijo/a, tales como instituciones educativas, de rehabilitación y/o programas de protección infantil, donde podrían entregarse datos del diagnóstico y tratamiento. Comprendiendo lo mencionado anteriormente, es que requerimos su autorización expresa para realizar dichas coordinaciones, por lo que solicitamos completar el siguiente formulario. Esta información será registrada en ficha clínica.

Yo _____ Rut:
_____, madre/ padre o tutor legal de

Edad: _____, autorizo () o rechazo () al equipo de salud mental infantil, que atiende a mi hijo/a, a realizar las coordinaciones necesarias con profesionales de otras instituciones, donde se entregará información del diagnóstico y tratamiento del niño/a, con el fin de entregar el mejor tratamiento posible.

En caso de rechazar, menciones los motivos:

Manifiesto haber leído y comprendido íntegramente este documento, por lo cual acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Firma: _____

Nombre _____ del _____ profesional _____ responsable:

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**