

		GIMNASIO SABIO CALDAS (IED) Nuestra escuela: una opción para la vida DEPARTAMENTO DE BIENESTAR CONSENTIMIENTO INFORMADO ENFERMERÍA	Código	PAIC - 02
			Versión	003
			Fecha	14/11/2023
			Proceso	Gestión Comunidad

CONSENTIMIENTO DE ENFERMERÍA 2024

El área de Enfermería del Departamento de Bienestar del Colegio Gimnasio Sabio Caldas (IED) es un espacio que brinda una primera ayuda oportuna, necesaria e inmediata ante cualquier alteración en el estado de salud, en la que se brinda atención a cada uno de los miembros de la comunidad Gimnasiana afectadas repentinamente por una enfermedad, lesión o accidente, con el fin de evitar aumento o agudización de su estado psico-físico a través de atenciones inmediatas, eficaces y pertinentes encaminadas a estabilizar la situación presentada.

Este protocolo se aplica para toda lesión corporal que un estudiante pueda sufrir en el desarrollo de actividades escolares incluidas las deportivas, salidas pedagógicas que traigan como consecuencia incapacidad o daño, siempre que las actividades hayan sido organizadas por el Colegio. En este sentido, desde el área se brinda atención primaria en salud buscando desarrollar estrategias de promoción y prevención, siguiendo los procedimientos dispuestos en las funciones asistenciales de la enfermería que incluyen atención, orientación y diagnóstico primario.

PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO (PRIMEROS AUXILIOS)

- Atender a los estudiantes durante el horario escolar según protocolo establecido.
- Velar por la salud integral del estudiante y la comunidad educativa.
- Informar al padre y/o acudiente sobre el estado de salud del estudiante cuando refiera algún síntoma o signo de enfermedad o malestar.
- Elaborar orden de salida del estudiante, donde informe síntomas y atención recibida en enfermería y notificar a Coordinación de Sección para la autorización de salida.
- Explicar al padre y/o acudiente de manera clara y entendible los síntomas o signos que presenta el estudiante.
- Remitir a la EPS o servicio de urgencias si fuese necesario.
- Administración de medicamentos por vía oral únicamente con fórmula médica expedida por el médico de la EPS, de otra manera no se administrarán, ni siquiera con notas de los padres en la agenda escolar.
- Se realiza toma de signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y oximetría).
- Curaciones de baja complejidad: Rasguños, raspones, laceraciones por fricción, heridas menores.

En caso de enfermedad (fiebre, vómito, diarrea, etc.) se informará al padre o acudiente del estudiante después de ser evaluado, para que, si es necesario, recoja al menor y/o consulte en su respectiva EPS por urgencias. Por este motivo, el niño que presente síntomas asociados con enfermedad NO debe asistir al colegio porque se presenta riesgo biológico (enfermedades virales) y de complicación de su enfermedad. El estudiante que se presente en la institución con sintomatología asociada a enfermedad viral será aislado inmediatamente y se contactará a padres o acudientes para que se acerquen a la institución para el retiro del menor.

PROCEDIMIENTOS QUE NO SE REALIZAN EN LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO:

(Por disposición del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación en los servicios de primeros auxilios escolares no se suministran medicamentos ingeridos o inyectados), recuerde que es un servicio de atención primaria, no de atención médica.

 GIMNASIO SABIO CALDAS	 Departamento de Bienestar	GIMNASIO SABIO CALDAS (IED) Nuestra escuela: una opción para la vida DEPARTAMENTO DE BIENESTAR CONSENTIMIENTO INFORMADO ENFERMERÍA	Código	PAIC - 02
			Versión	003
			Fecha	14/11/2023
			Proceso	Gestión Comunidad

- Suturas
- Inyectables
- Pruebas de penicilina
- Micro nebulizaciones
- Retiro de puntos
- Aplicación de medicamentos intravenosos o intramusculares

El uso de datos confidenciales que sean suministrados en virtud de la presente autorización, se realizará de conformidad con los términos señalados por la Política de Privacidad del Colegio, y en lo no estipulado por la misma, en los términos de la Ley 1581 de 2012, y la normativa adicional que la modifique, adicione o reglamente.

Autorizo SI **NO** expresamente como representante legal del Estudiante _____ del curso, _____ el tratamiento de la información suministrada, la cual incluye datos sensibles, que se relacione con historia o reportes clínicos, diagnósticos y evaluaciones psicológicas, o particulares requerimientos o limitaciones por cuestiones de salud.

Reconocemos que el uso de esta información tiene como finalidad la de salvaguardar el interés vital del Estudiante, y en ese sentido, autorizamos expresamente el tratamiento y suministro de dicha información a terceros, cuando el mismo sea necesario para el cumplimiento de dicha finalidad.

Manifestamos que, para efectos de la recolección y administración de los datos personales del Estudiante, en los términos descritos en este documento, se ha tomado en cuenta su opinión.

Nombre del acudiente: _____ **Documento de identificación** _____

Nombre del estudiante: _____

Diagnóstico: _____

Alergias: _____

Medicamentos formulados por parte de su EPS: _____

Contraindicaciones médicas: _____

Se firma en Bogotá D.C., a los _____ días del mes de _____ de 2023.

FIRMA ACUDIENTE

FIRMA ESTUDIANTE