



## Circular N° 14

Talca, 04 de mayo de 2022

### Búsqueda de casos activos. Toma de antígeno de SARS CoV-2.

Estimadas Familias:

Nuevamente me pongo en contacto con ustedes ya que, Seremi de Salud del Maule nos ha informado que el próximo lunes 09 de mayo vendrán al Colegio para realizar una búsqueda de casos activos.

Durante esta jornada se entregará a cada estudiante un documento impreso, para que sea firmado por su apoderado, el cual da el consentimiento para que su hijo o hija sea testeado.

El documento firmado debe ser devuelto al Colegio y entregado a algún inspector o inspectora a más tardar este viernes 06 de mayo a primera hora, ya que debemos informar la cantidad exacta de test que se necesitarán. **Solo se realizará el test a quienes tengan el consentimiento firmado y de manera física en el Colegio.**

En caso que el documento se inutilice, pueden imprimirlo, completar y enviarlo. En las siguientes páginas lo encontrará.

Esperando que estén teniendo un excelente día, se despide afectuosamente.

**Celso Valenzuela García**  
Director Colegio Santo Tomas Talca



## Información para toma de Test de Antígeno

Seremi de Salud del Maule- BAC Escolar

A través del presente, doy consentimiento a la Secretaría Regional Ministerial de Salud del Maule, para que sus profesionales del equipo de Búsqueda Activa de Casos obtengan una muestra de secreción nasal de mi representado; utilizando la técnica de hisopado con tórula nasal, para detección de Antígeno de SARS CoV-2, mediante el uso de test rápido. Operativo que será realizado en las dependencias del **Colegio Santo Tomás**.

### CONSENTIMIENTO

Yo ..... (nombre completo madre/padre/tutor del menor), RUT (tutor) ..... en representación de ..... ( nombre completo del menor); RUT (menor) ....., teléfono (tutor) ..... manifiesto que he sido informado sobre la realización de la prueba de detección de Coronavirus, mediante Test de Antígeno Nasal y doy consentimiento para que este se realice a mi hijo / hija / representado; así como para que los datos recopilados en este documento sean entregados a la Autoridad Sanitaria.

He leído y entendido toda la información recogida en este documento, y conforme a ello, de manera consciente y libre doy mi consentimiento.

.....

FIRMA

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Datos necesarios para registro en Plataforma Nacional de Toma de Muestras

|   |  |
|---|--|
| Nombre completo (estudiante)                        |  |
| RUT / Pasaporte / DNI (estudiante)                  |  |
| Nacionalidad (estudiante)                           |  |
| Fecha de nacimiento (estudiante)                    |  |
| Dirección domicilio (estudiante)                    |  |
| Comuna (estudiante)                                 |  |
| Teléfono (tutor)                                    |  |
| Correo electrónico (tutor)                          |  |
| Previsión de salud (estudiante)                     |  |
| ¿Ha tenido COVID en los últimos 2 meses?            |  |
| ¿Contacto estrecho con algún positivo?,<br>¿Cuándo? |  |
| ¿Presenta síntomas asociados a COVID?               |  |
| ¿Fecha de inicio de síntomas?                       |  |
| ¿Presenta alguna enfermedad crónica?                |  |