

EXPRESIÓN FORMAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo(1)....., identificada/o con DNI N° , mamá (), papá () o apoderado () de mi menor hija/o....., identificada/o con DNI N°....., estudiante del nivel inicial () primaria () secundaria () del año/grado de la Institución Educativa....., en pleno uso de mis facultades dego constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones de:

- Administración del Mebendazol/Albendazol para la parasitosis.
- Vacuna contra el VPH
- Vacuna DT contra la difteria y tétano
- Suplementación preventiva con sulfato ferroso y ácido fólico (tabletas).

Por lo tanto, OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para que el personal de salud realice el procedimiento que corresponde:

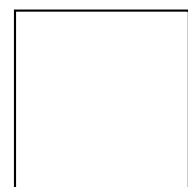
N°	Prestación	Autorizo (**)	No autorizo (**)
	Desparasitación		
	Vacuna del Virus de Papiloma Humano (VPH)		
	Vacuna contra la Difteria y Tétano (DT)		
	Suplementación de hierro y ácido fólico		
	Tamizaje de salud mental.		

(**) Marcar con una X

DE NO AUTORIZAR, POR FAVOR EXPLICAR MOTIVO:

.....

Firma de la madre/padre/apoderado



Huella digital

..... de 202.....

(1) Cuando la/el estudiante es mayor de edad es quien da la autorización

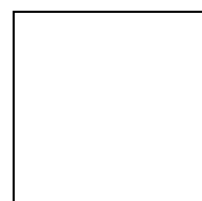


Anexo III : DECLARACIÓN JURADA SOBRE SEGURO DE SALUD

Yo(1)....., identificada/o con DNI N° , mamá () , papá () o apoderado () de mi menor hija/o....., identificada/o con DNI N°....., estudiante del nivel inicial () primaria () secundaria () del año/grado de la Institución Educativa....., dejo constancia que mi menor hija/o:


Información (marcar con una X)	SI	NO
Seguro de salud: cuenta con Seguro de Salud (SIS, EsSalud, FFAA, FFPP u otro).		
Discapacidad; presenta algún tipo.		
Sigue un tratamiento médico.		

Firma de la madre/padre/apoderado



Huella digital


(1) Cuando el/ la estudiante es mayor de edad, es quien declara y firma la declaración.

 PERÚ Ministerio de Educación	Denominación del documento normativo
	Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en instituciones educativas y programas educativos de la educación básica

Anexo IV: FORMATO DE DERIVACIÓN DE IIEE a EESS

HOJA DE DERIVACIÓN											Nº							
1.DATOS GENERALES																		
Fecha	Día		Mes		Año		Hora											
DNI del Estudiante																		
Establecimiento destino de derivación																		
IIEE de origen de derivación																		
2. IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE																		
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				NOMBRES									
SEXO	F	M		EDAD		GRADO		SECCION		LENGUA MATERNA								
DIRECCIÓN:				DISTRITO:				DEPARTAMENTO:										

Motivo de la Referencia (MARCAR CON X)	
Detección oportuna para la atención de casos violencia,	
Detección oportuna para la atención de trastornos mentales (depresión y ansiedad, consumo de alcohol) y del comportamiento.	
Consejería en salud sexual y reproductiva (sexualidad, prevención de embarazo y de ITS), salud mental y nutrición.	
Consejería para el cuidado integral frente al COVID-19	
Evaluación Médica	
Vacunación según esquema normado.	
Suplementación de hierro para la prevención de anemia	
Provisión de métodos anticonceptivos, según solicitud.	
Tamizaje para la detección de ITS/VIH-SIDA, HB, según solicitud.	
Provisión del Kit para la atención de casos de violencia sexual.	
Evaluación ocular.	
Evaluación Peso y Talla	
Evaluación de agudeza auditiva	
Evaluación físico postural	

 PERÚ Ministerio de Educación	Denominación del documento normativo	
	Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en instituciones educativas y programas educativos de la educación básica	


El examen estomatológico	
--------------------------	--

3. DATOS DEL EESS DE DERIVACIÓN		
EESS DE DESTINO		
SERVICIO (Marcar con X según corresponda)	ADOLESCENTE	
	OTRO	
Fecha y hora en que será atendido		
Nombre de quien lo atenderá	RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE	
Nombre y firma de quien coordino la derivación y atención		

HOJA DE DEVOLUCIÓN (Del EESS a la IIEE)							Nº							
1.DATOS GENERALES														
Fecha	Día		Mes		Año		Hora							
DNI del Estudiante														
Establecimiento de destino de respuesta de la derivación.														
IIEE de origen de la derivación.														
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS														
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES						
SEXO	F	M		EDAD										
DIRECCIÓN:				DISTRITO:				DEPARTAMENTO:						

3. DATOS DE LA CONTRA DERIVACIÓN	
IIEE DE ORIGEN	
SERVICIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN:	
Fecha y hora en que fue atendido	
RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO	
SE REQUIERE COORDINACIÓN CON EL DIRECTOR /TUTOR/ DOCENTE	
SE REQUIERE QUE CONTINUE EL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL	



 PERÚ Ministerio de Educación	Denominación del documento normativo
	Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en instituciones educativas y programas educativos de la educación básica

SE REQUIERE QUE ACUDA A SUS SESIONES EN EL EESS				
SE REQUIERE VISITA DOMICILIARIA				
SE REQUIERE DERIVACIÓN A OTRAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN				
SE REQUIERE CENTRO COMUNITARIO DE SALUD METAL/MAMIS				
RESPONSABLE DE LA CONTRA-DEVOLUCIÓN				
Condiciones de usuario para la contra referencia (marcar con X según corresponda)				Nombre: _____ Nº de Colegiatura: _____ _____ Firma y Sello
Curado		Deserción		
Mejorado		Retiro Voluntario		
Con apoyo Diagnóstico		Fallecido		

