

CARTA DE CONSENTIMIENTO EXAMEN VIH

Estimado(a) consultante:

El Ministerio de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería pre y post test y con consentimiento por escrito.

Esto significa:

- **VOLUNTARIO:** Usted decide si quiere o no hacerse el examen.
- **CON CONSEJERIA:** Usted debe recibir información, orientación y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado. Este procedimiento se llama consejería para el VIH.
- **CON CONSENTIMIENTO:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria no alterará su derecho a la atención que le corresponde.

1. **SI Acepto realizarme el examen de detección de VIH:** \_\_\_\_\_  
Firma consultante o representante legal
2. **NO Acepto realizarme el examen de detección de VIH:** \_\_\_\_\_  
Firma consultante o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Consejero(a)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**INFORME DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE ACCIDENTE DEL JEFE SUPERIOR INMEDIATO**

**IDENTIFICACIÓN**

UBICACIÓN EXACTA		FACULTAD-DEPARTAMENTO
FECHA EN QUE SUCEDIÓ:	HORA	FECHA EN QUE SE INFORMO:
NOMBRE DEL LESIONADO:		PARTE DEL CUERPO LESIONADA:
OCUPACIÓN:		TIEMPO EN EL CARGO:
OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA Y PARTE ESPECÍFICA QUE CAUSÓ LA LESIÓN:		

**DESCRIPCIÓN**

DESCRIBA CLARAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ANÁLISIS**

**ACCIONES INSEGURAS**

**CONDICIONES INSEGURAS**

CAUSAS SINTOMAS: ¿QUÉ FALLAS CONTRIBUYERON MÁS DIRECTAMENTE AL ACCIDENTE ?

CAUSAS SINTOMAS: ¿QUÉ CONDICIONES MATERIALES CONTRIBUYERON MÁS DIRECTAMENTE AL ACCIDENTE ?

NO CUMPLIR PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	FALTA DE PROTECCIONES
OPERAR SIN AUTORIZACIÓN	PROTECCIONES INCOMPLETAS
NO USAR EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	EQUIPOS MAQUINARIAS O HERRAMIENTAS INADECUADAS
RECARGAR EQUIPOS ENERGIZADOS	ORDEN Y ASEO DEFICIENTES
ASUMIR POSICIONES PELIGROSAS	CONDICIONES AMBIENTALES PELIGROSAS
INUTILIZAR DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	

CAUSAS ORIGEN: ¿CUALES SON LAS RAZONES BÁSICAS PARA EXISTENCIA DE TALES ACTOS?

CAUSAS ORIGEN: ¿CUALES SON LAS RAZONES BÁSICAS PARA LA EXISTENCIA DE ESTAS CONDICIONES?

FALTA DE CONOCIMIENTO	DESGASTE NORMAL
FALTA DE CAPACIDAD FÍSICA O MENTAL	PROBLEMAS DE DISEÑO
FALTA DE MOTIVACIÓN	ADQUISICIONES ERRADAS
	DEFICIENCIAS EN LA MANTENCIÓN

**GRAVEDAD POTENCIAL DE LA LESIÓN**

**PROBABILIDAD DE REPETICIÓN**

GRAVE                      SERIA                      LEVE                      FRECUENTE                      OCACIONAL                      RARO

**PREVENCIÓN**

¿QUÉ MEDIDAS SE TOMARÁN PARA EVITAR LA REPETICIÓN DEL ACCIDENTE?	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA	FECHA DE EJECUCIÓN
1,-		
2,-		

INVESTIGADO POR	FECHA	REVISADO POR	FECHA
-----------------	-------	--------------	-------

**FORMULARIO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES**  
**ALUMNOS PREGRADO – FACULTAD DE MEDICINA**  
 (Solo para atención en U. Emergencia Hospital Clínico)  
 Usar calco y una copia

**I. IDENTIFICACION**

TUCH

Nombre afectado  Sexo  Fono casa   
 Carrera  Año Carrera  RUT   
 Fecha y hora de atención en U. Emergencia    
Fecha Hora

**II. INMUNIZACION PREVIA**

Ha recibido vacuna Hepatitis B     
SI NO N° Dosis Fecha última dosis

**III. ESTADO DE SALUD**

Embarazo actual  Otras enfermedades relevantes   
SI NO Describir

**IV. DESCRIPCION ACCIDENTE**

Fecha  Hora  Lugar   
 Naturaleza accidente

a) Cortopunzante  Señalar   
Bisturi/aguja hueca/aguja sutura/otro

b) Salpicadura     
SI NO Sitio afectado Fluido origen

c) Contacto directo

d) Otro   
Describir

**V. FUENTE DEL ACCIDENTE**

Conocida  Nombre paciente fuente   
SI NO

Lugar Hospitalización o atención   
 N° Ficha o dato   
 Diagnóstico

En caso fuente desconocida     
Bolsa basura Caja material cortopunzante Otro

Nombre Profesional que notifica   
 Fono más directo   
 Lugar de trabajo