

CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA

Estimado Padre, Madre y/o Apoderado
Escuela _____

El **Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB** es una intervención de salud mental escolar que se ejecuta en las escuelas del país con el objetivo de aumentar el bienestar psicosocial y el éxito en el desempeño escolar de los y las estudiantes.

Dentro de sus acciones, el Programa incluye **la aplicación de dos cuestionarios de detección de problemas psicosociales y de conductas de riesgo para los estudiantes del establecimiento**, los cuales permiten tomar decisiones en cuanto a prevención de problemas psicosociales, derivaciones a atención en salud mental, acompañamiento psicosocial a los cursos y seguimiento de las acciones y resultados del programa. **Todas estas acciones van en directo beneficio de su hijo/a y/o pupilo/a y en pos de su bienestar y de su éxito en el proceso escolar.**

Los cuestionarios de detección son:

- **Cuestionario de Observación de la Adaptación en la Sala de Clases, versión Chilena Adolescente (TOCA-RR-CL):** contestado por el profesor.
- **Cuestionario Pediátrico de Síntomas Adolescente, versión chilena (PSC-17):** contestado por el/la estudiante.

La información de los instrumentos es recogida y analizada por el equipo psicosocial del Programa. HPV JUNAEB resguarda la confidencialidad de los datos y su buen uso en beneficio de los estudiantes.

Ante este proceso Ud. como padre/madre/tutor del/la estudiante tiene **derecho** a:

- **Que se le informe en que consiste esta aplicación,**
- **Conversar con su hijo/hija/pupilo sobre la aplicación,**
- **En caso de que sea de su interés, conocer los resultados obtenidos consultando al equipo de Habilidades para la Vida.**

La aplicación de los instrumentos es voluntaria. Si Ud. prefiere que su hijo/a o pupilo/a NO PARTICIPE del proceso, complete y devuelva al profesor/a jefe el siguiente formulario.

Los estudiantes también serán informados sobre el proceso y podrán manifestar su voluntad de participar o no del proceso.

Agradeciendo su colaboración. Atentamente.

Equipo Programa Habilidades para la Vida

Si prefiere que su hijo/a y/o pupilo/aa **NO PARTICIPE** de la aplicación de instrumentos de detección del Programa Habilidades para la Vida, complete y devuelva el siguiente formulario

Yo, _____ Padre, madre y/o Apoderado de

_____, Curso _____, **no autorizo** la aplicación de instrumentos de detección del

Programa Habilidades para la Vida que se ejecuta en la escuela

_____.

_____.

_____.

Firma

Fecha