

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA REALIZACIÓN DE SCREENING AUDITIVO UNIVERSAL EN RECIEN NACIDO**

R.N _____ (Nombre y dos apellidos del paciente), ficha o

Rut _____

O el Sr./Sra. _____ Rut _____ (Nombre y dos apellidos del representante legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

INFORMACION GENERAL: En el país, existe una política a nivel nacional para realizar la detección universal de hipoacusia (pérdida auditiva) en recién nacidos sin factores de riesgo conocidos para hipoacusia. El Hospital Clínico FUSAT cuenta con un programa para realizar el screening auditivo a todos los recién nacidos en la institución, de esta manera realizar las intervenciones necesarias lo más temprano posible.

El screening auditivo, es un procedimiento diagnóstico electrofisiológico, donde el profesional Tecnólogo(a) Médico(a) examina con una sonda el oído del recién nacido, la cual registra sonidos en el conducto auditivo externo para determinar la presencia o no de hipoacusia. Es un procedimiento que se hace en ambos oídos, no invasivo e indoloro que dura unos minutos. Este método se denomina emisiones otoacústicas.

Otro método recomendado para dicha evaluación son Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral Automatizados (PEAAT). Examen mediante el cual se detecta la onda eléctrica que se genera en la vía auditiva al estimular el oído con un sonido de baja intensidad, este examen se realiza según las guías clínicas de hipoacusia del Minsal cuando el primero de ellos (las emisiones otoacústicas) no registra señal

Existen dos resultados:

- PASA: El registro cumple los criterios de aprobación por parte del equipo en uno o ambos oídos. Quiere decir que con una seguridad cercana al 99% la audición es normal al momento del examen
- REFIERE: El equipo no considera que la respuesta obtenida sea confiable en uno o ambos oídos.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE
CON SU MÉDICO**

Razones por la cual el examen puede resultar “REFIERE”:

- Aspectos circunstanciales del nacimiento, como líquido amniótico en el oído medio, el cual drena involuntariamente con el paso de los días.
- Recién nacido muy inquieto durante la realización del examen.
- Mucho ruido en el ambiente.
- Alteración auditiva congénita o adquirida.

Una vez realizado el examen, el encargado de su realización deberá informarle el resultado y posteriormente adjuntar el informe del examen en la ficha clínica para ser entregado al momento del alta médica. En caso de que el resultado sea “REFIERE”, en el informe irá escrito el número para agendar hora a la repetición de este examen dos semanas posteriores al alta del recién nacido en Centro Otorrinolaringológico Intersalud.

OBJETIVO El objetivo de este examen es obtener un diagnóstico precoz acerca de la audición del recién nacido. De esta forma poder detectar tempranamente alteraciones auditivas para posteriormente, tratarlas debidamente.

En ocasiones excepcionales existen niños que en su desarrollo presentan síntomas de hipoacusia como retraso del lenguaje, etc., en esos casos no dude en consultar con su pediatra para que sea derivado para reevaluar la audición y descartar una hipoacusia de aparición tardía si es que después de esta evaluación inicial se sospecha el desarrollo de una hipoacusia en el transcurso de los meses.

DECLARO: Que el/la personal _____
me ha informado sobre el procedimiento del SCREENING AUDITIVO y en qué consiste su finalidad y realización.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** la realización del examen.

En el Hospital Clínico Fusat, a _____ de _____ de 20_____

Firma del Representante Legal _____

Nombre y Firma personal Otoneurología: _____

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE
CON SU MÉDICO**

RECHAZO: R.N _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

O el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____ (Nombre
y dos apellidos del representante legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Rechazo y no acepto ante ninguna circunstancia la REALIZACIÓN DEL SCREENING AUDITIVO, asumiendo toda
responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía soberana e informada
decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Fusat, a _____ de _____ de 20____ Firma del

representante Legal: _____

Nombre y Firma personal Otoneurología: _____