

## ENCUESTA NACIONAL DE SALUD CHILE 2016-2017

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PRIMERA VISITA AL HOGAR, F1–MENOR DE EDAD (menor de 18 años)

El Ministerio de Salud se encuentra realizando la Tercera Encuesta Nacional de Salud, que tiene como objetivo medir las condiciones de salud de la población de 15 y más años residente en Chile. En esta ocasión, al igual que las dos ocasiones anteriores, la Pontificia Universidad Católica de Chile es la institución que se adjudicó este proyecto y que ejecuta el mismo.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de permitir participar a su hijo/hija, familiar o representado/representada –o no participar– en la **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS 2016-2017)**.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal de la encuesta.

- **¿Qué es la ENS 2016-2017 y para qué sirve?**



La **ENS 2016-2017** es una encuesta diseñada para saber qué enfermedades y problemas de salud tiene y qué tratamientos está recibiendo la población de Chile. Algunos ejemplos de estas enfermedades y problemas de salud se encuentran en el folleto de la encuesta que le entregaremos.

La información aportada por la encuesta permitirá conocer las características de la salud de la población que vive en Chile. Esta información es muy importante para evaluar y orientar las acciones y decisiones de las autoridades de salud (políticas de salud nacional).

- **¿Quiénes pueden participar en la ENS 2016-2017?**

Pueden participar personas de 15 o más años, hombres y mujeres, residentes en Chile, seleccionados al azar (por sorteo).

Su hijo/hija, familiar o representado/representada ha sido seleccionado/a para participar en esta encuesta junto a otras 6.000 personas en el país.

- **¿En qué consistirá la participación?**



A su hijo/hija, familiar o representado/representada se le pedirá participar de dos o tres visitas a su hogar. Algunas visitas requieren solo contestar preguntas a un encuestador. Una de las visitas requiere que reciba a una enfermera quien examinará a su hijo/hija, familiar o representado/representada, le hará algunas mediciones (por ejemplo, presión arterial, peso) y le realizará algunos exámenes de sangre, orina u otros.

Este documento pregunta por la participación en la PRIMERA VISITA, donde a su hijo/hija, familiar o representado/representada se le harán preguntas sobre su historia de salud y tratamientos recibidos, hábitos y estilos de vida, alimentación, síntomas físicos y psicológicos, características del ambiente donde vive y trabaja y datos demográficos (por ejemplo, edad, estado civil, características de su trabajo, sus estudios, entre otros).

- **¿Qué se estudiará a partir de las respuestas?**

Se estudiará la frecuencia de algunas enfermedades agudas y crónicas, tratamientos en uso y conductas de la población en Chile. El listado completo de estas enfermedades y mediciones se encuentra detallado en el folleto del estudio que le entregaremos.

- **¿Podrá conocer sus resultados?**

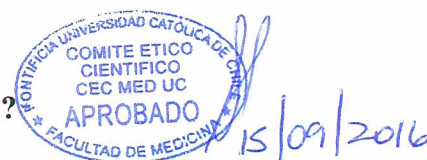
Su hijo/hija, familiar o representado/representada podrá conocer sus resultados.

Para ello, deberá decidir si quiere que los resultados de su hijo/hija, familiar o representado/representada le lleguen a su casa mediante una carta certificada, si prefiere que le sean enviados a su correo electrónico, o podrá retirarlos en la Secretaría Regional

Ministerial (SEREMI) de Salud. El Ministerio de Salud será el responsable final de velar porque Ud. pueda acceder a sus resultados si lo desea.

En el caso que usted decida no querer conocer ni recibir los resultados de su hijo/hija, familiar o representado/representada debe marcar opción de retiro en SEREMI y no ir a retirar los.

- **¿Qué gana al participar? ¿Obtendrá algún beneficio?**



Participar en esta encuesta le permitirá su hijo/hija, familiar o representado/representada ayudar a otras personas que viven en Chile, y poder conocer su estado actual de salud.

En caso de presentar alguno de los problemas de salud incluidos en la encuesta, se le entregarán recomendaciones por escrito, las cuales Ud. o su hijo/hija, familiar o representado/representada puede llevar al médico de su red pública o privada para que éste confirme la existencia de alguna enfermedad y le indique la conducta a seguir.

Los costos de la confirmación y eventual tratamiento de las enfermedades detectadas serán asumidos por el sistema de salud habitual de su hijo/hija, familiar o representado/representada y no por la ENS 2016-2017.

Es importante que sepa que su hijo/hija, familiar o representado/representada podría padecer otros problemas de salud no incluidos en esta encuesta.

La ENS 2016-2017 no reemplaza el chequeo o control médico habitual de su hijo/hija, familiar o representado/representada.

- **¿A qué riesgos o molestias se expone en caso de participar en la PRIMERA VISITA?**

Su hijo/hija, familiar o representado/representada no se expone a riesgos ni molestias por responder este cuestionario, salvo el enterarse de alguna enfermedad o condición de salud que desconocía tener para lo cual tendrá que acudir a un médico para su confirmación. Además, se debe considerar un tiempo aproximado de 50 a 70 minutos para responder este cuestionario.

- **¿Tiene algún costo participar?**

La participación de su hijo/hija, familiar o representado/representada no implica costos económicos para ellos ni para Ud. Tampoco recibirá ningún tipo de pago por participar.

En el caso de requerir confirmación, tratamiento y control de los problemas de salud detectados en la encuesta, Ud. debe asumir los costos en la forma habitual, dirigiéndose a la red de salud pública o privada a la cual pertenece su hijo/hija, familiar o representado/representada (FONASA, ISAPRE u otro).

- **¿Los resultados serán confidenciales?**



Sí. La información personal y resultados médicos de su hijo/hija, familiar o representado/representada serán confidenciales y codificados. Su nombre y RUT serán reemplazados por un código secreto que resguardará su identidad.

Las instituciones participantes son las responsables finales de la confidencialidad de la información proporcionada por su hijo/hija, familiar o representado/representada. El Ministerio de Salud es el responsable de la base de datos final.

El Ministerio de Salud y sólo esta institución podría usar esta información para fines epidemiológicos y para el desarrollo de políticas públicas de salud. Su información se podría asociar con otras bases de datos relacionadas a salud (por ejemplo bases de datos de egresos hospitalarios u hospitalizaciones, defunciones u otras). Esto se hará siempre resguardando su confidencialidad.

Dependiendo de la región donde viva, eventualmente se comunicará con Ud. la enfermera coordinadora del proyecto para ofrecerle algún examen adicional a su hijo/hija, familiar o representado/representada. Este nuevo contacto NO se utilizará para ofrecerle tratamientos o drogas experimentales, sólo se usará como control de calidad de las mediciones de la ENS 2016-2017 para lo cual se le solicitará un consentimiento informado específico y asentimiento de su hijo/hija, familiar o representado/representada.

- **¿La participación es voluntaria?**



Sí, la participación de su hijo/hija, familiar o representado/representada es completamente voluntaria.

Su hijo/hija, familiar o representado/representada tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento o a no seguir participando de la encuesta en el momento que estime conveniente, sin tener que dar explicaciones.

- **Si tiene preguntas sobre esta encuesta ¿a quién puedo llamar o contactar?**

Si Ud. o su hijo/hija, familiar o representado/representada tienen preguntas acerca de esta encuesta puede llamar o contactar a:

- Dra. Paula Margozzini Maira (Investigador Principal de la Pontificia Universidad Católica de Chile) al teléfono (02) 2354 8425 o enviar un correo electrónico a: [ens2016@uc.cl](mailto:ens2016@uc.cl)
- También puede aclarar sus dudas y hacer consultas a Salud Responde (600 360 777) del Ministerio de Salud.
- Además, toda la información acerca de esta y otras encuestas que realiza el Ministerio de Salud las podrá encontrar en la siguiente página web: <http://epi.minsal.cl/encuestas-ens/>
- Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en esta encuesta, Ud. puede llamar o contactar a la Dra. Beatriz Shand Klagges, Presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono (02) 2354 8173, o enviar un correo electrónico a: [cecmeduc@med.puc.cl](mailto:cecmeduc@med.puc.cl)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el objetivo de esta encuesta, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que asisten a mi hijo/hija, familiar o representado/representada.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas aclaratorias y éstas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Entiendo que puedo terminar esta encuesta en el momento que yo lo desee, sin tener que dar explicaciones.
- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con las encuestas que surja durante la realización de la ENS 2016-2017 y que pueda tener importancia directa para la condición de salud de mi hijo/hija, familiar o representado/representada.
- Autorizo al Ministerio de Salud y al Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile el acceso y uso de los datos de mi hijo/hija, familiar o representado/representada, para efectos de análisis estadísticos y epidemiológicos respecto a la ENS 2016-2017 y formulación de políticas de salud en el caso del Ministerio de Salud.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado o forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que asista a mi hijo/hija, familiar o representado/representada.





**Centro UC**  
Encuestas y Estudios  
Longitudinales



<b>Nombres del padre, madre o representante:</b>															
<b>Apellidos del padre, madre o representante:</b>															
<b>Fecha: dd/mm/aaaa</b>															
<b>Firma:</b>															

<b>Nombres de el/la encuestador/encuestadora:</b>															
<b>Apellidos de el/la encuestador/encuestadora:</b>															
<b>Fecha: dd/mm/aaaa</b>															
<b>Firma:</b>															

<b>Validación Dra. Paula Margozzini (Investigador Responsable):</b>
---

15/09/2016



Centro UC  
Encuestas y Estudios  
Longitudinales



### DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO MENOR DE EDAD

- Se me ha explicado y he comprendido cuál es el objetivo de esta encuesta, las preguntas que me realizarán y los riesgos, beneficios y derechos que tendré si acepto participar.
- Sé que puedo negarme a participar de esta encuesta, aun cuando mis padres o mi representante haya aceptado que yo participe.

<b>Nombres de el/la participante:</b>																	
<b>Apellidos de el/la participante:</b>																	
<b>Fecha: dd/mm/aaaa</b>																	
<b>Firma:</b>																	

15/09/2016