

San Pedro de la Paz, Abril 2026.

Carta Informativa Control de Salud Adolescente 2026

Estimados Directores, Padres y/o Apoderados:

Junto con saludar cordialmente, me dirijo a ustedes para informar, a partir del 25 de agosto, se dará inicio al proceso de intervención en los establecimientos educacionales con el objetivo de llevar a cabo el Control de Salud Adolescente. Esta es una política pública instaurada el año 2012 que brinda una oportunidad única para que el equipo de salud pueda vincularse con el grupo de adolescentes en torno a actividades de promoción, prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, permitiendo así iniciar, de manera pertinente y oportuna, la atención necesaria.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes tiene el propósito de velar para que la trayectoria de crecimiento y desarrollo pueda ser óptima, logrando su máximo potencial posible, según las capacidades y características individuales. Al respecto, la prestación más importante del Programa y que realiza un acompañamiento activo, al seguimiento y trayectoria en la adolescencia, es el Control de Salud Integral, el cual es realizado en el nivel de Atención Primaria de Salud, tanto en CESFAM como establecimientos educacionales y tiene como fin promover un desarrollo biopsicosocial saludable, acompañar a cada adolescente en las interrogantes que puedan surgir de su salud biopsicosocial, pesquisar factores de protección y riesgos e intervenir oportunamente cuando surjan problemáticas.

El Control de Salud Integral de Adolescentes, se consolidó como la puerta de entrada al sistema de salud y es una oportunidad para evaluar y promover un desarrollo y crecimiento saludable para la población de adolescentes (10 a 19 años). Sus objetivos son generar vínculo, evaluar crecimiento y desarrollo, promover conductas y hábitos de vida saludable, pesquisar y tratar precozmente los problemas de salud, fortalecer factores protectores y detectar aquellos factores relacionadas con enfermedades prevalentes que generen morbimortalidad en esta etapa y en la adultez y entregar educación en salud para adolescentes y sus familias.

¿A quién va dirigido?:

A todo adolescente que tenga entre 10 a 19 años y que cuente con la autorización escrita de su madre/padre o tutor.

¿El control es obligatorio?

Sí, la ley 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Habla del acceso a la salud y a los servicios de salud, derecho que tienen **«con independencia de su edad y estatus migratorio»**. Pueden y deben, entonces, acceder a los servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamientos de las enfermedades y rehabilitación de la salud.

Tanto padres, madres y responsables legales de niñas, niños y adolescentes, «están obligados a cumplir con los controles “médicos”», además de adoptar las medidas necesarias para velar por la salud de las y los menores de 18 años. **Por lo tanto, en caso de NO aceptar la realización del control en el establecimiento educacional, es deber de los padres, madres y/o tutores gestionar una hora de atención en su respectivo centro de salud.**

¿Dónde puedo gestionar mi hora?

En caso de estar **inscrito** en el CESFAM Loma Colorada, puede gestionar su hora de manera online en la plataforma telesalud.gob.cl ingresado los datos de su hijo/a o de forma presencial en some.

¿Quiénes realizan el control?

Este Control es realizado por profesionales del Centro de Salud Loma Colorada que puede ser médico, enfermera y matrona.

¿En qué consiste el control en el establecimiento educacional?

Consiste en la realización de una entrevista guiada (según orientación técnica MINSAL), además de una evaluación nutricional (talla, peso y perímetro de cintura, con ropa y sin zapatos), medición de presión arterial y examen visual según corresponda.

¿Cuánto dura el control?

Aproximadamente 30 minutos.

Es importante señalar que el control adolescente solo se realizará con el consentimiento informado, el cual debe estar previamente firmado por el padre, madre y/o tutor legal.

Una vez finalizado el control se entregará al adolescente el reporte de su estado de salud en un carné de control, el cual además llevará las indicaciones y derivaciones según sus necesidades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL
SOBRE CONTROL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

He sido informado que el CESFAM Loma Colorada está realizando el "Control de Salud Integral del Adolescente" en los establecimientos educacionales. Este control es para adolescentes entre los 10 y 19 años. Dicho control permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así como otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este control es realizado por profesionales del centro de salud, quienes preguntarán algunos antecedentes de salud personal y familiar a través de la aplicación de una ficha (la cual esta normada por el ministerio de salud) y se realizará una evaluación antropométrica (peso, talla, perímetro de cintura), presión arterial y examen visual cuando corresponda.

Los datos personales de mi hijo(a) y el desarrollo del control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo su vida o la de terceras personas o cualquier otra situación grave que amerite que yo esté en conocimiento (ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud - GES, entre otras). Frente a esta situación se seguirá el protocolo del establecimiento educacional para realizar las derivaciones oportunas.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este control, y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que mi hijo(a) tiene como usuario/a de el establecimiento de salud, así como tampoco le afectará en su colegio y en ningún caso podrá ser sancionado/a ni juzgado/a por ello.

Nombre completo del/la adolescente:			
Nombre social (si aplica):			
RUT:			
Fecha de nacimiento:	___/___/___	Curso:	_____
Nombre apoderado/a:			
Teléfono de contacto:			
Autoriza:	SI _____ NO _____		
Firma apoderado:			
Previsión: (encerrar la previsión del alumno)	ISAPRE / FONASA		