

## Autorización De Colocación De Aros En Recién Nacido

### PROCEDIMIENTO

- La colocación de aros se hará previa autorización médica y de los padres.
- Será responsabilidad del neonatólogo /pediatra tratante autorizar la colocación de aros.
- La autorización del médico se realiza en formulario de consentimiento de colocación de aros (sección autorización medica Anexo n° 1). Este documento quedará archivado físicamente en ficha clínica.
- Los padres deben firmar formulario de consentimiento de colocación de aros.
- La colocación de aros será realizada por los técnicos paramédicos, corroborando previamente la autorización tanto médica como la de los padres y completando check list Anexo n° 1, a partir de las 24 h de vida y durante la permanencia en sala cuna.
- No se realizará postura de aros después del alta.
- Este procedimiento tiene costo particular y pago directo a quien realiza procedimiento. No existe alternativa de cargo a la cuenta.

### COLOCACIÓN DE AROS

- Se realiza en habitación de la madre
- Verificar identidad del paciente.
- Lavado de manos clínico
- Verificar integridad de la piel indemne y normalidad anatómica de la oreja\*
- Desinfección de los aros con alcohol 70%
- Aseptización de la zona con alcohol 70%
- Colocación de aros
- Lavado de manos clínico
- Registrar procedimiento en RCE
- Entregar recién nacido a su madre
- Tens responsable de la colocación de aros realiza la recaudación del pago del procedimiento

\*: **No se colocará aros cuando existan malformaciones o lesiones del pabellón auricular o en área aledaña.**

**ANEXOS N° 1**

- Formulario de autorización de los padres y check list

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA POSTURA DE AROS A RECIÉN NACIDOS****NOMBRE RN:** \_\_\_\_\_ **HABITACION:** \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_  
C.I.: \_\_\_\_\_, autorizo al personal de la Unidad de Neonatología de la Clínica Indisa a realizar los siguientes procedimientos a mi hijo/a, bajo mi responsabilidad:  
**Postura de aros:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Acepto el costo que implican estos procedimientos, cuyo pago se hará efectivo en forma inmediata.  
Postura de aros: \$

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del técnico paramédico**\_\_\_\_\_  
**Firma de la madre o padre****AUTORIZACION MÉDICA****Nombre Médico:** \_\_\_\_\_**Firma Médico:** \_\_\_\_\_, se autoriza postura de aros.

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_

**CHECK LIST PARA PROCEDIMIENTO DE POSTURA DE AROS A RECIEN NACIDOS.**

<b>AUTORIZACION DE PEDIATRA</b>	
<b>VERIFICACIÓN DE NOMBRE Y SEXO DE RN EN BRAZALETE</b>	
<b>FIRMA DEL CONSENTIMIENTO</b>	

Este procedimiento se llevará a cabo sólo si se ha verificado la identificación y sexo del recién nacido, contando con la autorizaciones del padre o madre del paciente y del pediatra tratante. Se llevará a cabo por personal técnico paramédico con la aprobación de la matrona de turno.