

## Autorización De Colocación De Aros Y Corte De Cabello En Recién Nacido

- OBJETIVO: UNIFICAR CRITERIOS EN PROCEDIMIENTO DE CORTAR CABELLO Y COLOCA AROS
- RESPONSABLE: Matrona/enfermera
- EJECUTOR: Técnico paramédico

### PROCEDIMIENTO

- La colocación de aros y corte de cabello se hará previa autorización médica y de los padres.
- Será responsabilidad del neonatólogo/pediatra tratante autorizar el corte de cabello y la colocación de aros.
- La autorización del médico se realiza en la ficha en zona que registra timbre de autorización.
- Los padres deben firmar formulario de autorización de corte de cabello y colocación de aros
- La colocación de aros y corte de cabello serán realizadas por los técnico paramédicos, quienes previamente deberán corroborar que esté registrada la autorización tanto médica como la de los padres y a partir de las 24 h de vida y durante la permanencia en sala cuna.
- No se realizará postura de aros ni corte de pelo después del alta.

### COLOCACIÓN DE AROS

- Se realiza en sala cuna
- Lavado de manos clínico
- Verificar piel indemne y anatomía 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 ficha clínica
- Entregar recién nacido a su madre
- No se colocará aros cuando existan malformaciones o lesiones del pabellón auricular o en área aledaña.

### CORTE DE PELO

- Se realiza en neonatología
- Lavado de manos clínico
- Verificar que cuero cabelludo se encuentre indemne, sin cefalohematoma ni otras lesiones
- Desinfección de máquina con alcohol 70%
- Retirar ropa a recién nacido
- Cortar el pelo
- Limpiar cabeza de RN con algodón con alcohol
- Vestir recién nacido
- Limpiar máquina con alcohol
- Lavado de manos clínico

- Registrar procedimiento en ficha clínica
- Entregar recién nacido a su madre
- No se realizará corte de cabello cuando exista cefalohematoma o lesiones en cuero cabelludo.

#### ANEXOS

- Formulario de autorización de los padres

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA POSTURA DE AROS Y  
CORTE DE CABELLO A RECIÉN NACIDOS**

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 \_\_\_\_\_

**Corte de cabello:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Acepto el costo que implican estos procedimientos, cuyo pago se hará efectivo en forma inmediata.

Postura de aros: \$ \_\_\_\_\_

Corte de cabello: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del técnico paramédico

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o padre

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

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

	SI	NO
<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.