



## CONTRATO DE ACOMPAÑAMIENTO AL NIÑO HOSPITALIZADO

Porque su hijo/a necesite sentirlo cerca y recibir su amor y cuidados mientras se encuentra hospitalizado, el hospital recomienda que Ud. permanezca con su hijo en horario diurno y nocturno, salvo excepciones: Servicios clínicos Críticos y hospitalización de Salud Mental. Lo invitamos a leer este contrato y a cumplir con las normas establecidas.

HORARIO DE VISITA	
<p>El horario de visita es de lunes a domingo en horario de 10:00 horas. a 22:00 horas y de 22:00 horas a 10:00 horas</p>	<p>La excepción de acompañamiento 24 horas es en las siguientes Unidades :</p> <p>Emergencia: Lunes a Domingo de 9:00 a 23:00 horas</p> <p>UPC Neonatología: Lunes a Domingo 10:00 a 12:30 y de 15:00 a 19:00 horas.</p> <p>UPC Pediátrica: Lunes a domingo de 09 a 23 horas</p> <p>Cardiovascular: UCI 10:00 a 12:00 y de 17:00 a 18:00 horas</p> <p>UTI 11:00 a 18:30 horas.</p> <p>Corta Estadía: Lunes a Domingo de 13:00 a 19:00 horas</p>
INFORMACION GENERAL	
<p>Dependiendo del servicio en que esté hospitalizado su hijo, podrá entrar <b>una o más personas a la vez</b>, debido al espacio reducido.</p> <p>El fin de semana, las personas que visitan al niño deben presentar el contrato de acompañamiento en el hall del Servicio de Atención a las Personas SAP (ex-SOME) en el primer piso.</p> <p>Para el acompañamiento, se ha dispuesto una silla al lado de la cama o cuna de su hij@. En ningún caso puede recostarse en la cama de su hijo(a), ni en colchonetas en el suelo o apoyarse en la cuna o cama para descansar, ya que esta es considerada el área limpia del niño(a)</p>	<p>En la entrada a este servicio, existe un casillero para sus pertenencias, para mantener el orden en la unidad. Debe <b>traer su propio candado</b> para mayor seguridad.</p> <p>El horario de información médica se realiza de 8.00 a 12.00 hrs., horario que puede estar sujeto a cambios de acuerdo a lo establecido en cada unidad. Consulte al médico el estado de salud de su hijo.</p> <p>Ud. recibirá un díptico con información específica de la Unidad donde se encuentra hospitalizado su hijo</p>
RECOMENDACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO	
<p>Lave <b>cuidadosamente sus manos</b>: antes de atender a su hijo/a, después de mudarlo/a, cada vez que salga y entre a la sala.</p> <p>Evite contacto directo con los niños de las otras camas y <b>manténgase dentro de la línea amarilla</b> cuando esté con su hijo/a.</p> <p>Transitar por la sala y pasillos innecesariamente, puede dificultar la labor del personal y aumenta el riesgo de contagio.</p>	<p>Si por alguna razón no puede visitar a su hijo avise a la unidad clínica oportunamente.</p> <p>Es importante hablar en voz baja para mantener la tranquilidad y descanso de su hijo/a y los otros niños y niñas. Mantenga su celular en opción <b>SILENCIO</b>. Si requiere utilizar su celular debe realizarlo fuera de la sala.</p> <p>Si desea traer juguetes para entretener a su hijo, procure que sean de una pieza y lavables para evitar accidentes.</p>



Hospital Pediátrico  
Luis Calvo Mackenna

Paracomer utilicela **Sala para Padres**, especialmente dispuesta para usted en el 1<sup>a</sup> piso de Traumatología. Esta sala dispone de baño con ducha. En ningún caso puede ingerir alimentos en la sala de hospitalización.

Si Ud. desea quedarse en la noche, **este acompañamiento debe ser activo**, es decir, la persona que acompañe al niño(a) idealmente debe permanecer en **vigilia** (despierto) para atenderlo durante la noche, por eso es importante sea relevado si es posible con una segunda o tercera persona.

**NO** traer peluches.

Si usted se encuentra resfriado (a), **NO** debe ingresar a ver a su hijo(a). Puede venir otro familiar directo, avisando previamente a la enfermera para ser autorizado. **No debe** traer niños a las visitas por el riesgo de contagios.

Tenga extremo cuidado de dejar siempre arriba la baranda de la cama o cuna y al niño/a fijo con el corpiño. Siempre que se ausente de la sala, avise al personal.

#### COLABORACION EN EL CUIDADO

Colaborando en labores de cuidado de su hijo/a tales como alimentación, muda, baño siempre que se sienta capacitado para ello. Avisando a la técnico paramédico.

Verificando que su hijo/a lleve puesta la **pulsera de identificación**. En caso de no poseerla, **AVISE** al equipo de enfermería.

Respetando las normas del hospital y de aislamiento estricto, para evitar infecciones.

Dirigiéndome a la Enfermera cuando tenga alguna duda o problema y requiera apoyo en situaciones especiales

Manteniendo una permanente actitud de respeto en el trato al equipo de salud, en sus labores e indicaciones.

Si Ud. quiere acompañar a su hijo durante los procedimientos realice su solicitud a la enfermera del servicio.

Me comprometo a cumplir este contrato. En caso contrario asumo que el Hospital está en su derecho de restringir o condicionar el horario de acompañamiento de mi hijo(a).

Nombre Completo, RUT y Firma de los padres y de las personas que autorizan a acompañar a su hijo(a):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a):

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Enfermera de la Unidad:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_