

## 261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ

| Establecimiento                          | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ     |
|--|------------------------------|
| Nombre Completo                          | JOSELYN NICOLE GUERRERO SOTO |
| Rut:                                     |                              |
| Profesión                                | TENS                         |
| Horas trabajadas                         | 47                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Días licencia médica                     |                              |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024                   |

| MONTO BOLETA | 297.155 |  |
|--------------|---------|--|
| Nº BOLETA    | 72      |  |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: dia - mes- año |  |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| PERIODO DE INFORME |                       | 31/10/2024            |  |
| OCTUBRE            | 21/10/2024            | 31/10/2024            |  |

## FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| No | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA   |  |  |
|----|--|--|--|
| 1  | Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no medico según sea el caso. |  |  |
| 2  | Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermeria   |  |  |
| 3  | Atjende consultas de familiares de los pacientes a cargo.  |  |  |
| 4  | Galabara an procedimientos médicos y no médicos.   |  |  |
| 5  | Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro  |  |  |
| 6  | Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención                     |  |  |
| 7  | Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario  |  |  |
| 8  | Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia   |  |  |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|   | A 31 571 5  |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones | Timbre y Firma Director CESFAM  |
| Nombre: JOSELYN GUERRERO SOTO Rut:              | Nombre:<br>Rut:   |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa            | Timbre y Firma Jefe Opto. de Salud  DEPARTAMENTO TO DE SAUD  DIRECCIÓN  DIRECCIÓN |
| Nombre: Daniela Bastías González Rut:           | Nombre: Rut:  |