

**INFORME MENSUAL ACTIVIDADES TURNOS S.A.P.U.  
CENTRO DE SALUD CARDENAL CARO,  
Desde el 21\_09\_2023 al 20\_10\_2023**

**1. INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL:**

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (S.A.P.U.), de la comuna, deben funcionar 67 horas semanales, de lunes a viernes desde las 17:00 horas a 24:00 horas, los sábados, domingos y festivos, de 08:00 a 24:00 horas, para atender en forma gratuita a los beneficiarios legales del establecimiento o quien solicite atención de urgencia.

Este Servicio de Atención Primaria de Urgencia (S.A.P.U.), deberá tener para cada turno, una dotación de personal que a lo menos debe incluir: un médico, dos técnicos paramédicos, un conductor, un auxiliar de servicios, un administrativo y a lo menos 10 horas. De coordinación del profesional de enfermería.

<b>MEDICO</b>	
<b>CONNIE ROBALINO MORALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica oportuna y eficiente.</li> <li>- Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.</li> <li>- Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente.</li> <li>- Efectuar los procedimientos que correspondan.</li> <li>- Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.</li> <li>- Cumplir con las normas administrativas de la Unidad.</li> <li>- Trabajar en equipo coordinándose y apoyándose con los diferentes estamentos.</li> <li>- Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.</li> <li>- Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.</li> <li>- Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.</li> <li>- Extender certificado de defunción cuando corresponda.</li> <li>- Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.</li> </ul>

**TURNOS REALIZADOS REFUERZOS**

FECHA	HORAS	FECHA	HORAS
1.- 22/09/23	3H		
2.- 27/09/23	3H		
3.- 04/10/23	3H		
4.- 12/10/23	3H		
5.- 16/10/23	3H		

*[Handwritten signature]*

**NOMBRE/FIRMA  
FUNCIONARIO CENTRO SALUD**



**NOMBRE / FIRMA  
COORDINADOR S.A.P.U.**

**NOMBRE / FIRMA  
DIRECTOR / A CENTRO DE SALUD**