

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO 22 HORAS SALUD MENTAL</b>
-------------------------------	--

Establecimiento	Consultorio Juan Pablo II
Nombre	Teresa de Los Angeles Marzán Marchant
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas	88 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Periodo de informe (mes)	Octubre

MONTO BOLETA	<b>578.602</b>
--------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-10-23</b>	<b>31-10-23</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	RESULTADO
1	Controles de salud mental.	<b>31</b>
2	Intervenciones psicosociales grupales.	-
3	Acciones telefónicas de salud mental en APS.	<b>1</b>
4	Controles de Salud Mental remotos en APS.	-
5	Participación en Consultorías y Teleconsultorías de salud mental.	-
6	Consejería familiar con integrante con problema de salud mental, o a familia con adulto mayor con demencia.	<b>3</b>
7	Visita domiciliaria a familia con integrante con problema de salud mental, o a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental, o a familia con adulto mayor con demencia	-
8	Otras (especificar las acciones) Consulta (Pre- ingreso) Atención de urgencia	<b>18</b> <b>1</b>

**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.

FIRMA	_____
RUT	_____
FECHA INFORME	24-10-23

Timbre y Firma Director CESFAM	Timbre y Firma Coordinadora comunal Programa
Nombre: 	Nombre: 

