

INFORME MENSUAL ACTIVIDADES TURNOS S.A.P.U. REFUERZOS
CENTRO DE SALUD Las Compañías,
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 hrs. de coordinación del profesional de enfermería.

ESTAMENTO: MEDICO	ACTIVIDADES
Nombre y apellidos: Leticia Diaz Barrios Rut :	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es la encargada/o de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo con una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstico, si procede. ❖ Atención médica oportuna y eficiente. ❖ Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia. ❖ Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente. ❖ Efectuar los procedimientos que correspondan. ❖ Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos. ❖ Cumplir con las normas administrativas de la Unidad. ❖ Trabajar en equipo manteniendo coordinación y apoyo con los diferentes estamentos. ❖ Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada. ❖ Registrar de forma adecuada, completa y correcta, en la ficha clínica del paciente (Sistema AVIS), todos los datos correspondientes a la atención. ❖ Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda. ❖ Extender certificado de defunción cuando corresponda. ❖ Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.

REFUERZOS REALIZADOS

FECHA	HORAS	FECHA	HORAS
1-Miercoles 11/10/2023	3 horas		

NOMBRE/FIRMA
FUNCIONARIO CENTRO SALUD



NOMBRE/FIRMA
DIRECTOR/A CENTRO DE SALUD