



**253. INFORME MENSUAL DE GESTION  
REFUERZO SAPU**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL JOSE MARIA CARO  |
| Nombre                                   | CONNIE HAYDEE ROBALINO MORALES |
| Profesión                                | MEDICO                         |
| Horas trabajadas                         | 9                              |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                |
| Días licencia médica                     |                                |
| Periodo de informe (mes)                 | NOVIEMBRE                      |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 164403 |
|--------------|--------|

|                    |                                |                                |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día 21- mes-10 año 2023 | HASTA: día20 – mes11- año 2023 |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA   |
|----|--|
| 1  | Atención médica oportuna y eficiente.  |
| 2  | Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.   |
| 3  | Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.                         |
| 4  | Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.   |
| 5  | Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.  |
| 6  | Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido. |
| 7  | Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.   |
| 8  | Extender certificado de defunción cuando corresponda.  |
| 9  | Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.                            |

**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         | CONNIE ROBALINO MORALES |
| FECHA INFORME | 18/11/23                |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Timbre y Firma Director CESPAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: CATALINA CASTILLO      | Nombre: <i>Kenia Ramirez</i>                  |

