

260. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II

| Establecimiento | SAPU JUAN PABLO II | |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Nombre | FRANCISCO TESTART WIEGAND | |
| Profesión | MÉDICO | |
| Horas trabajadas | 30 / | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | | |
| Días licencia médica | | A THE LA |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE | THE SECTION AND ADDRESS. |

MONTO BOLETA \$548.010

| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21/10/2023 | HASTA: 20/11/2023 | |
|--------------------|-------------------|-------------------|--|
| | | | |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| No | 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 FECHA INFORME | 20/11/2023 | | × × |
|--------------------------------|------------|--------------|-----------------|
| Timbre y Firma Director CESFAM | | FIRMA PRESTA | ESERVICIOS |
| Nambre: CAROLINA PEREZ PA | IMA | Nombre FRAN | FESTART WIFGAND |