



259. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre	Loreto Cantuarias Araya
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	56
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia médica	
Periodo de informe (mes)	Noviembre

MONTO BOLETA	534.268
--------------	---------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
Noviembre	21-10-2023	20-11-2023

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Encargada de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo a una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstico, si procede
2	Debe cumplir con funciones de tipo asistencial, funciones de tipo administrativo, asociadas a su perfil de cargo.
3	Supervisar en forma periódica la mantención del carro de paro y del equipamiento e instrumental de atención de emergencia.
4	Supervisar la implementación, funcionamiento y mantención del equipamiento clínico de la ambulancia, así como el procedimiento de traslados.
5	Realizar toma de muestra para exámenes sanguíneos y otros procedimientos de enfermería.
6	Priorizar y organizar el turno en base a personal que se cuente y la cantidad de actividades a realizar

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: *[Firma]*
FECHA INFORME: 18-11-2023

DIRECCIÓN: CEFAM
 Dr. E. Schaffhauser
 La Serena

Timbre y Firma Director/a: *[Firma]*
 Subdirector
 Dr. E. Schaffhauser
 La Serena

Nombre: *[Nombre]*

MI SALUD ES MI RESPONSABILIDAD

Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa: *[Firma]*

Nombre: *[Nombre]*