I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

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

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre	VALERIA LENAC BELMAR	
Profesión	KINESIOLOGO	
Horas trabajadas		
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia médica		
Periodo de informe (mes)	NOVIEMBRE	

MONTO BOLETA

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2023	30-11-2023

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

No	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante.	
2	Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.	
3	Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.	
4	Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planes preventivos para evitar daños mayores.	
5	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto).	
6	Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).	
7	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.	

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.

		ORT COURT CONT
FIRMA		(Scoopfin Ace)
FECHA INFORME / 18-11-2023	3	E DEL MAYO
A COMMENT C	ESFAN	CH MAZARENA VIN
Timbre y Firma Director CESTANA DR. E. Sc	Timbre y Firr	na Coordinador/a comunal Programa
Subdirectory DIR	ECCIÓN	Macarena Vargas del SolaneNA 17.293,802-7
Nombrey La Serena	Nombre	Kinesiologa