



253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAPU PAC |
| Nombre | NATALIA CAROLINA FUENTES JOFRE |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 3 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 54.801 |
|--------------|--------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| OCTUBRE- NOVIEMBRE | 20/10/2023 | 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 | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Nombre: Pamela Suedo M. | P. CORONADO R. 10.797.971-9 ENFERMERA Nombre: Patricia Coronado R. |