

TO FAMILIA

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

| Establecimiento                          | SAPU JUAN PABLO SEGUNDO      |
|--|------------------------------|
| Nombre                                   | ILSE ALEJANDRA VERA GONZALEZ |
| Profesión                                | MEDICO                       |
| Horas trabajadas                         | 32 HRS                       |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                              |
| Días licencia médica                     |                              |
| Periodo de informe (mes)                 | DICIEMBRE 2023               |
| MONTO BOLETA                             | 663.008                      |

MONTO BOLETA 663.008

| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 11- 2023 | HASTA: 20 - 12- 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.

| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma prestador de servicio |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Nombre: CAROLINA PEREZ PALMA   | Nombre: ILSE VERA GONZALEZ           |