

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

| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |  |
|--|----------------------------------|--|
| Nombre                                   | ROBERTO CORTES PEREZ             |  |
| Profesión                                | MEDICO                           |  |
| Horas trabajadas                         | 131                              |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                              |  |
| Días licencia médica                     | N/A                              |  |
| Periodo de informe (mes)                 | DICIEMBRE                        |  |

MONTO BOLETA 2.628.369

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |  |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--|
|                    | 21-11-23              | 20-12-23              |  |

## FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  |   |
|---|---|
| Atención médica oportuna y eficiente.   |   |
|   |   |
| Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los                               |   |
| Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.                            |   |
| Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.                                     |   |
| Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los                       |   |
| Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda                               |   |
| Extender certificado de defunción cuando corresponda.   |   |
| Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES. |   |
|   | Procedimientos que correspondan.  Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.  Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.  Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.  Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.  Extender certificado de defunción cuando corresponda.  Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las |

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   |   |
| 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1   |   |
| Klgo. Fabian James Rivera Director CESFAM                                     | Timbre Firma Coordinador/a comunal Programa |
| Subdirector   | 1064  |
|   | 1   |
| Noimbre:  | Nombre: Parelo contuguios A                 |
| Klgo. Fabian Jamet Revera  Subdirector  Cesfara Dr. E. Schaffhauser  Noimbre: | Nombre: Larelo contuarjos A.                |