

219. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN AMPLIACIÓN DE LOS HORARIOS DE URGENCIA

| | |
|------------------------------------------|-----------------------|
| Establecimiento | SAPU CARDENAL CARO |
| Nombre | RAFAEL CATALAN ZAPICO |
| Profesión | MÉDICO ✓ |
| Horas trabajadas | 10 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | 01/12/23 |

| | |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 207,19 |
|--------------|--------|

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | 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


CATALINA CASTILLO MIRANDA
DIRECTORA
TIMBRE Y FIRMA COORDINADOR/A COMUNAL PROGRAMA

Nombre: Nombre: *Kaia Ramirez*

