

Establecimiento	CESFAM Juan Pablo 2
Nombre	Camila Fernanda Castillo Benavides
Profesión	TENS
Horas trabajadas	44 Hrs.
Periodo de informe (mes)	Enero
Fecha de entrega de informe	18-01-24

MONTO BOLETA	\$734236
--------------	----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-01-24	HASTA: 31-01-24
--------------------	-----------------	-----------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Servicios farmacéuticos	
2	Visitas domiciliarias	
3	Seguimiento farmacoterapéutico	
4	Revisión de medicación con o sin entrevista en personas G3	
5	Seguimiento telefónico a personas G3	X
6	Revisión de fichas clínica de personas ingresadas en la ECICEP	X
7	Detección y notificación de RAM en personas ingresadas en la ECICEP	
8	Otras (especificar las acciones)	X
9	Seguimiento telefónico de pre – ingreso a la ECICEP	X
10	Seguimiento telefónico de plan de cuidados integral consensuado	X
11	Gestión y recordatorio de citas con distintos profesionales	X
12	Toma de muestras a pacientes ECICEP	X
13	Registro de exámenes de laboratorio en ficha clínica de pacientes ECICEP G3	X

DECLARO, 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 Firr	
Nombre: Carolina Pérez Palma	Nombre: Ca	es

