



272. INFORME MENSUAL DE GESTION CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

| | |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre | AYLIN STHEFANNI FONTOVA GAJARDO |
| Profesión | NUTRICIONISTA |
| Horas trabajadas | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 de 18 días |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | ENERO |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$1.378.836 |
|--------------|-------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| NOVIEMBRE | 01 de Enero 2024 | 31 de Enero 2024 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1 | Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan) |
| 2 | Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento |
| 3 | Procedimientos en Domicilio |
| 4 | Control Ambulatorio |
| 5 | Consulta Telefónica |
| 6 | Atención Ambulatoria a Familiares |
| 7 | Servicios Farmacéuticos |
| 8 | Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores |
| 9 | Apoyo Social al Usuario |
| 10 | Educación |
| 11 | Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas |
| 12 | Visita domiciliaria integral |
| 13 | Trabajo en Salud Familiar |
| 14 | Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado |

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

Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa

Nombre: *Daniel Bustos*

