

	<b>272. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES</b>
---	--

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre	MASSIEL CALDERÓN LEIVA
Profesión	TECNICO EN ENFERMERIA
Horas trabajadas	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0/18
Días licencia médica	0
Periodo de informe (mes)	FEBRERO

MONTO BOLETA	
--------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	01 DE FEBRERO 2024	29 DE FEBRERO 2024

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N o	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.**

<b>Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica)</b> _____ <b>NO APLICA</b> _____ _____ _____
--

Timbre y Firma <b>Coordinador Comunal</b> 	Timbre de servicio
<b>Nombre:</b> Pamela Zúñiga	<b>Nombre:</b> MASSIEL CALDERÓN LEIVA