

| | |
|--|---|
|  CORPORACION MUNICIPAL La Serena | 272. INFORME MENSUAL DE GESTION CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES |
|--|---|

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre | FRANCISCO JAVIER COFRE EGAÑA |
| Profesión | KINESIOLOGO |
| Horas trabajadas | 44 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0/18 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | FEBRERO |

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

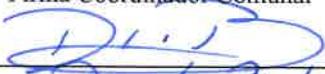
| | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| FEBRERO | 01 de Febrero 2024 | 29 de febrero 2024 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| 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.

| |
|---|
| Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica) <p style="text-align: center;"><u> </u> NO APLICA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|

| | |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinador Comunal  | Timbre y Firma prestador de servicio  |
| Nombre: <u>Daniel Bustos</u> | Nombre: <u>FRANCISCO COFRE EGAÑA</u> |