

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

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

MONTO BOLETA	<b>\$1.378.836</b>
--------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
FEBRERO	<b>01 de Febrero 2024</b>	<b>29 de febrero 2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	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)**

\_\_\_\_\_ **NO APLICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbre y Firma Coordinador Comunal 	Timbre y Firma prestador de servicio 
Nombre: <b>Daniela Bustos</b>	Nombre: <b>Aylin Fontova</b>