



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANGELINA MAGNATA VERAGUA
RUT	
Programa	ADOLESCENTE COMUNAL
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 Y N° 48
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/03/2024	HASTA: día - mes- año 31/03/2024
--------------------	--	--

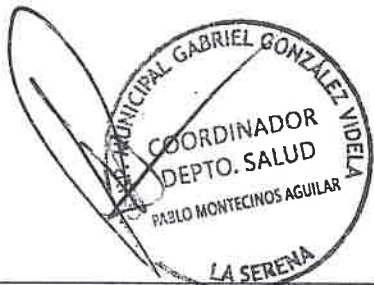
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	45	APLICACIÓN FICHA CLAP, EFECTUAR ANTROPOMETRIA, CONTROL DE PRESION ARTERIAL, DESARROLLAR EXAMEN AGUDEZA VISUAL, AUDITIVA, COLUMNA Y SALUD BUCAL. REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES.
2	REUNION VINCULACION CON EL MEDIO	3	
3	TALLER GRUPAL	0	
4	REUNION INTERSECTORIAL	1	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA,	0	

	ETC)		
6	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	7	
7	REALIZAR DERIVACIONES AL EQUIPO ESPACIOS AMIGABLES SEGÚN CORRESPONDA.	2	SEMANALMENTE
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE LOS DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN.	1	AL FINALIZAR INTERVENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.
9	EJECUCIÓN DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.	1	
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.	45	
11	REGISTRO EN FICHA CLÍNICA AVIS.	45	
12	ELABORACIÓN DE REM MENSUAL.	1	

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 PRAPS. 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 del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: ANGELINA MAGNATA VERAGUA RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: