



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

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Belén Paz Abd-El-Kader Ovalle
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	18- DE MARZO 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.378.836- N°50</b>
-------------------	------------------------

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

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


N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE</b>	44	<b>Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.</b>
2	<b>REUNION VINCULACION CON EL MEDIO (ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL)</b>	3	
3	<b>TALLER GRUPAL</b>	0	
4	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	1	
5	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	0	
6	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	7	

7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	2	DE FORMA SEMANAL
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCION	1	AL FINALIZAR INTERVENCION EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL
9	EJECUCION DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	1	
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	44	
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	44	
12	ELABORACION DE REM MENSUAL	1	

**REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)**

**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: <b>BELEN ABD-EL-KADER OVALLE</b> RUT:	Nombre Completo: RUT:

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