



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION VACUNACIÓN COVID-19</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ORIANA ANDREIDA CARDENAS ROMERO
RUT	
Programa	ESTRATEGIA REFUERZO EN APS COVID-19
Profesión	DIGITADORA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 DIAS (EMERGENCIA 06-03-2024)
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$633.899 (N°132)</b>
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-03-2024	HASTA: 31-03-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.		
<b>2</b>	Contabilizar el material escrito necesario para los puntos de vacunación (hoja de registro, hoja de temperatura, hoja de traspaso, hoja de monitoreo, carnet de vacunación y otros).		
<b>3</b>	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.		
<b>4</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: <b>Datos del usuario:</b> Exigir documento de identificación y		

	<p>si estos datos coinciden con los que se encuentran en RNI (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, nacionalidad). Avisar a profesional de enfermería encargado del equipo en caso que no coincida, para cambiar los datos o informar a la encargada comunal.</p> <p><b>Revisión de vacunación:</b> Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación)</p> <p><b>Registro de vacunación:</b> Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.</p>		
<b>5</b>	Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas.		

**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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	<u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo:</b> Oriana Andreina Cárdenas Romero <b>RUT:</b> _____	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>