

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

Establecimiento	SAPU JUAN PABLO SEGUNDO
Nombre Completo	ILSE A. VERA GONZALEZ
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	19 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO
Días licencia médica	NO
Fecha Informe	18.04.24

MONTO BOLETA	378.949
Nº BOLETA	249

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21- MARZO- 2024	HASTA: 20- ABRIL- 2024
--------------------	------------------------	------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Atención médica oportuna y eficiente.
2	Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.
3	Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.
4	Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.
5	Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.
6	Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.
7	Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.
8	Extender certificado de defunción cuando corresponda.
9	Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.

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.

Timbre y firm (P. Natural o)	las prestaciones	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: ILS Rut:	NZALEZ	Nombre: <i>Ilse Vera Gonzalez</i> Rut:

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

[illegible]

**PRESTADOR: Luis
Avalos Rivera
FIRMA**

