

8

Rut:

259. INFORME MENSUAL DE GESTION

			SCHAFFHAUSER ACUÑA		
stablecimiento		SAR I	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA		
ombre Completo			AMANDA PAZ URIBE PEREDO		
at:					
ofesión		TENS	TENS		
oras trabajadas			84		
ías permiso administrativo o vacaciones			N/A		
as licencia médica			N/A		
cha Informe			18-04-2024		
NITO POI	IETA	\$502.600			
ONTO BOLETA \$502.600 PBOLETA 559					
BOLETA					
RIODO DE INFORME DESDE: 0		DESDE: día - mes- añ	HASTA: día - mes- af	ño	
		21-03-2024	20-04-2024		
N°		ES REALIZADAS D	O A PROGRAMA		
1	Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no medicosegún sea el caso.				
2	Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermería				
3	Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo.				
4	Colabora en procedimientos médicos y no médicos.				
5	Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro de salud.				
1,500	Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo deatención.				
6			urgencia de necesidad de notificar al médico o prol	fesional	

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

Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia

trayectoria de continuidad de cuidados en salud.	0110 Sc	have A laborers !	
Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones(P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma D	Subdirector	
Nombre: AMANDA PAZ URIBE PEREDO Rut:	Nombre: Rut:	Cessam Dr. E. Schaffhauser La Serena	
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud		
Nombre:	Nombre:		

Rut: