

 CORPORACIÓN MUNICIPAL La Serena	253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU
--	--

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	EDUARDO ALFONSO DIAZ SEIDA
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	9 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	n/a
Días licencia médica	n/a
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO BOLETA	51.885
N° BOLETA	26

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21/03/2024	HASTA: 20/04/2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO 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 médico según 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.
6	Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención.
7	Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario
8	Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia

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 firma del ejecutor de las acciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM  CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA
Nombre: <u>Eduardo Díaz Seida</u> Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut:

TURNOS SAPU /MES: Abou.

[illegible]

PRESTADOR:
EDUARDO ALFONSO
DIAZ SEIDA
FIRMA

