CORPORACION MUNICIPAL La Serena

259. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	DIEGO IGNACIO DIAZ PEREZ
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	33
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18 DE ABRIL 2024

MONTO BOLETA	$310.512.-
N° BOLETA	180

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
ABRIL	21-03-2024	20-04-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante.
2	Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.
3	Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
4	Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planespreventivos para evitar daños mayores.
5	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto).
6	Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).
7	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.

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 prestaciones(P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director CESFAM CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN Ing. Fabián Jamet Rivera Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena
Nombre: Diego Ignacio Diaz Pérez **Rut:**	**Nombre:** **Rut:**

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