



|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | EDIFICIO COMUNAL                |
| Nombre Completo                          | NICOLE ANDREA ALVEAL PALACIOS   |
| RUT                                      |                                 |
| Programa                                 | FORTALECIMIENTO RRHH VACUNACIÓN |
| Profesión                                | DIGITADORA                      |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HRS                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 DIA FERIADO LEGAL             |
| Días licencia                            | 0 DIAS                          |
| Fecha Informe                            | 18-04-2024                      |

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>\$655.758 (N°92)</b> / |
|-------------------|---------------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-04-2024 | HASTA: 30-04-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

|  |
|--|
| <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:<br><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> Nicole Andrea Alveal Palacios.<br><b>RUT:</b>      | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |

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