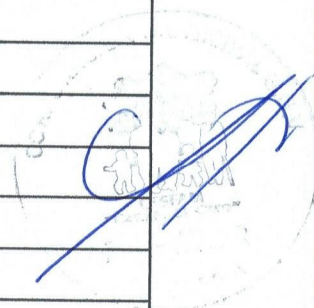


RUTIFICADO PARA AUDITORIA DE FICHAS CLINICAS

Nombre	RUT	Fecha DD/MM/AAAA	Horario de Atención 00:00
Laurecio Farias Aravena		3/18/2024	
Bernardita Galleguillos Zepeda		3/18/2024	
Alfredo Espinoza Zepeda		3/18/2024	
Neila Chacón De Pérez		3/18/2024	
Haidee Cuello Maidana		3/22/2024	
Luisa Altamirano Altamirano		3/22/2024	
Ricardo Carvajal		3/22/2024	
Eugenia Aguirre Escudero		3/25/2024	
Luisa Altamirano Altamirano		3/25/2024	
Ricardo Carvajal		3/25/2024	
Macarena Bolvarán Pizarro		4/2/2024	
Isidora Pizarro Camus		4/2/2024	
Katherine Camus Véliz		4/2/2024	
Monserrat Pérez Varela		4/4/2024	
Isidora Pizarro Camus		4/4/2024	
Maria Cisternas Palma		4/4/2024	
Yurlan Pérez Martínez		4/4/2024	
Oriana Castro Portilla		4/5/2024	
Isabel Espinoza Carrasco		4/5/2024	
Lucas Cartes Yáñez		4/5/2024	
Vicente Lazo Olate		4/5/2024	
Vicente Lazo Olate		4/9/2024	
Sergio Agüero Ardiles		4/9/2024	
Gladys Rojas Honores		4/9/2024	
Alex González Ortiz		4/11/2024	
Pia Cuello Carrasco		4/11/2024	
Claudia Meléndez Díaz		4/11/2024	
Yensi Suárez Mam		4/12/2024	
Maria Robles Espinosa		4/12/2024	
Yessi Valenzuela Rojas		4/12/2024	





I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL
--	---

Establecimiento	Cesfam Cardenal José María Caro
Nombre Completo	Fernanda Paola Palma Gómez
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	33
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/4/2024

MONTO BOLETA	\$326.180
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
21-3-2024	20-4-2024	

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Primer apoyo psicológico e intervención en crisis	4	
2	Psicoeducación	9	
3	Aplicación de tamizaje	14	
4	Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en sala de espera	11	
5	Acompañamiento psicosocial	4	
6	Gestión de caso de riesgo	-	
7	Intervención psicosociales con familiares	3	
8	Seguimiento telefónico	6	
9	Pesquisa de riesgo psicosocial	6	

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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA
Nombre Completo: <u>Fernanda Palma</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: