



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

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	Paula Rivera Castillo
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	52
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/04/24

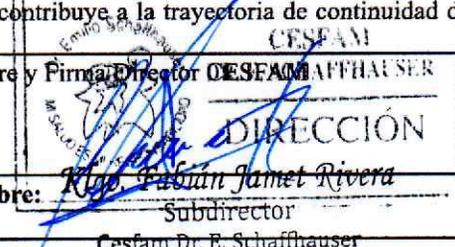
MONTO BOLETA	1.008.732
Nº BOLETA	257

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/03/24	20/04/24

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Atención médica oportuna y eficiente.
2	Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.
3	Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.
4	Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.
5	Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.
6	Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.
7	Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.
8	Extender certificado de defunción cuando corresponda.
9	Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.

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)	 <p>Emilio Schaffhauser CESFAM DIRECCIÓN</p>
<p>Nombre: <i>Paula Rivera Casti</i></p> <p>Rut: <i>18.118.110-4</i></p> <p><i>Médica Cl</i></p>	<p>Nombre: <i>Rubén Jamet Rivera</i></p> <p>Rut: <i>Subdirector</i></p> <p>Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena</p>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre:
Rut:	Rut: