



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN COD.202 EXTENSIÓN HORARIA
--------------------------------------	--

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANDREA PAOLA LUEGO GARCIA
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	5 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$43.350 (N°59)
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 22-04-2024	HASTA: 22-04-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS
1	Coordinar y supervisar al equipo de vacunación, asegurando que cumpla con las normas correspondientes a su presentación personal, asistencia y puntualidad.
2	Distribución del personal en la jornada laboral, reforzando lugar de vacunación y funciones a desempeñar.
3	Coordinación con los puntos de vacunación, establecimientos o instituciones para llevar a cabo el proceso de vacunación.
4	Supervisión en el armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío.
5	Solicitud a la encargada comunal de las vacunas necesarias para la jornada siguiente, indicando lugar al cual asistirá, tipo y número de dosis necesarias.
6	Revisión del tipo y número de dosis recibidas, asegurando lote, fecha de vencimiento y temperatura con la cual recibe éstas.
7	Supervisar y apoyar la preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.
8	Supervisar la correcta preparación de las vacunas a administrar siguiendo los protocolos emanados desde el MINSAL, preocupándose de seguir la normativa vigente (POE) y los 7 correctos en la administración de vacunas: usuario, edad, vacuna, dosis, vía de administración, contraindicaciones y registro.
9	Supervisar la cadena de frío al momento de retiro del lugar de vacunación, llegada al punto base y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas.
10	Informar a encargado comunal de cualquier eventualidad que ocurra o en caso de dudas.

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>
Nombre Completo: Andrea Paola Luengo García RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: <i>Daniela Bastías</i> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____