

261. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	MARTINA RENEE COOPMAN FARIAS
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	151.5
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/05/2024

MONTO BOLETA	1.496.378
Nº BOLETA	43

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 04 - 2024	HASTA: 20 - 05 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Encargada de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo a una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstica, si procede
2	Debe cumplir con funciones de tipo asistencial, funciones de tipo administrativo, asociadas a su perfil de cargo.
3	Supervisar en forma periódica la mantención del carro de paro y del equipamiento e instrumental de atención de emergencia.
4	Supervisar la implementación, funcionamiento y mantención del equipamiento clínico de la ambulancia, así como el procedimiento de traslados.
5	Realizar toma de muestra para exámenes sanguíneos y otros procedimientos de enfermería.
6	Priorizar y organizar el turno en base a personal que se cuente y la cantidad de actividades a realizar

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 la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de actividades de enfermería y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en

Timbre y firma (P. Natural)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Martina Coopman Farias	Nombre: Carolina Puga Pichuante
Rut:]	Rut:]

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