



**272. INFORME MENSUAL DE GESTION  
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	Marcela Andrea González Vargas
Rut:	
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	18/05/2024

MONTO BOLETA	1.378.836
N° BOLETA	23

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 05- 2024	HASTA: 31 - 05- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)	
2	Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento	13
3	Procedimientos en Domicilio	
4	Control Ambulatorio	
5	Consulta Telefónica	4
6	Atención Ambulatoria a Familiares	
7	Servicios Farmacéuticos	
8	Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores	
9	Apoyo Social al Usuario	15
10	Educación	
11	Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas	
12	Visita domiciliaria integral	
13	Trabajo en Salud Familiar	
14	Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado	

**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)	Timbre y Firma Director CESFAM  NO APLICA
--	---

Nombre: <i>Marcela González Vargas</i> Rut:	Nombre: Rut:
--	-----------------

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
--	--

Nombre: <i>Daniela Estrella González</i> Rut:	Nombre: Rut:
--	-----------------