

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PAC                    |
| Nombre Completo                          | JHANNA PAOLA PALMERA DUARTE |
| Rut:                                     |                             |
| Profesión                                | MEDICO                      |
| Horas trabajadas                         | 6 /                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                           |
| Días licencia médica                     | 0                           |
| Fecha Informe                            | 18 MAYO 2024 /              |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 109602 / |
| N° BOLETA    | 149 /    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| MAYO               | 21 - 04 - 2024        | 20 - 05 - 2024 /      |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | 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) | Timbre y Firma Director CESFAM   |
| Nombre: JHANNA PAOLA PALMERA DUARTE<br>Rut:                                | <br><br>Nombre: LIZZETTE LDEZMA GALLARDO<br>Rut: |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa     | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ<br>Rut: | Nombre:<br>Rut:                    |