Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo

Ministerio de Salud

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ORIANA ANDREIDA CARDENAS ROMERO
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	DIGITADORA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 DIA ADMINISTRATIVO AUTORIZADO (07-05-2024)
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	**$655.758 (N°137)**

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.		
2	Contabilizar el material escrito necesario para los puntos de vacunación (hoja de registro, hoja de temperatura, hoja de traspaso, hoja de monitoreo, carnet de vacunación y otros).		
3	Traslado de computador al lugar de vacunación y guardarlo en el lugar indicado después de terminar la jornada.		
4	Revisión en RNI, del estado de vacunación, de los usuarios que se presenten para recibir su dosis de vacuna. Se debe revisar: **Datos del usuario**: Exigir documento de identificación y		

	si estos datos coinciden con los que se encuentran en RNI (nombre, fecha de nacimiento, teléfono, nacionalidad). Avisar a profesional de enfermería encargado del equipo en caso que no coincida, para cambiar los datos o informar a la encargada comunal. **Revisión de vacunación:** Revisar si cumple los criterios de vacunación (fecha, grupo objetivo, estado de vacunación) **Registro de vacunación:** Registrar en RNI vacuna inmunizada, indicando tipo de vacuna, lote, criterio y dosis. Coordinar con el TENS el registro correcto de la inmunización.		
5	Al término de la jornada, cuadrar con el equipo vacunador, dosis registradas v/s dosis administradas.		

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 NO APLICA
Nombre Completo: Oriana Andreina Cárdenas Romero **RUT**	**Nombre Completo:** **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**