



<b>I.</b>  <b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--	---

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	MARGARITA JACINTA DEL CARMEN DUBO ORTEGA
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICÓLOGA
Horas trabajadas semanales	12 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18 de Junio 2024

MONTO BOLETA	
--------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>21-05-2024</b>	<b>20-06-2024</b>	

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Acompañamiento psicosocial</b>	<b>8</b>	
<b>2</b>	<b>Intervenciones psicosociales con familiares</b>	<b>6</b>	
<b>3</b>	<b>Pesquisa activa de necesidades de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU /SAR</b>	<b>0</b>	
<b>4</b>	<b>Primer Apoyo Psicológico e intervención en crisis</b>	<b>8</b>	
<b>5</b>	<b>Psicoeducación</b>	<b>5</b>	
<b>6</b>	<b>Otras. Seguimientos de casos atendidos en SAR . Envió de Correo Electrónicos con notificación de casos a CESFAM O INTERSECTOR</b>	<b>6</b>	

7			
8			
9			
10			
11			
12			

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> Margarita Jacinta del Carmen Dubo Ortega <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Subdirector <b>RUT:</b> Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>