



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)
--------------------------------------	---

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Belén Paz Abd-El-Kader Ovalle
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	NA
Fecha Informe	18- DE JUNIO 2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836- N°56
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-06-2024	HASTA: día - mes- año 30-06-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	55	Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.
2	REUNION VINCULACION CON EL MEDIO (ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL)	5	-RESIDENCIA HATARY -RESIDENCIA RIMANAKUY -COLEGIO ALFALFARES -COLEGIO JAVIERA CARRERA -COLEGIO MARISTA LAS COMPAÑÍAS - NUESTRA SEÑORA DE ANDACOLLO (ACTAS DE REUNIÓN FIRMADAS)
3	TALLER GRUPAL	0	

4	REUNION INTERSECTORIAL	0	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	1	FERIA DE SALUD EN SECTOR RURAL
6	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	2	FINALIZACION DE INTERVENCIÓN EN LICEO TÉCNICO MARTA BRUNET E INICIACIÓN DE CONTROLES EN COLEGIO JAVIERA CARRERA
7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	3	DE FORMA SEMANAL
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCION	1	AL FINALIZAR INTERVENCION EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL
9	EJECUCION DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	1	INFORME ENTREGADO CON DATOS ESTADÍSTICOS COLEGIO JAPÓN
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	57	SE ENTREGA A COLEGIO JAPÓN EN CONJUNTO CON INFORME MENSUAL
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	55	
12	ELABORACION DE REM MENSUAL	1	

REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)

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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: BELÉN ABD-EL-KADER OVALLE RUT	Nombre Completo: RUT:

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>Rodrigo Soto Zamora RUT MATRÓN</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>