



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL
--------------------------------------	---

Establecimiento	SAR RSH
Nombre Completo	EVELYN LORENA BRAVO PÉREZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
Horas trabajadas semanales	24 horas trabajadas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	20 JUNIO 2024

MONTO BOLETA	\$217.440
--------------	------------------

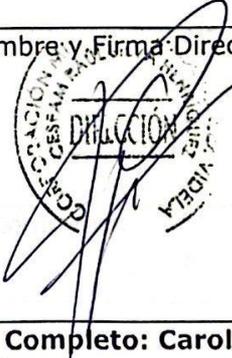
PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-05- 2024	HASTA: 20-06- 2024
--------------------	--------------------	--------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR	18	
2	Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR	1	
3	Seguimiento por llamada telefónica	2	Usuarios con IAE e Solicitud de ingreso a PSMI
4	Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis	3	
5	Intervención Psicosocial con Familiares		
6	Acompañamiento Psicosocial	8	
7	Informe tribunal de familia		
8	Otros		

	Otras actividades relacionadas al Modelo de atención integral en Salud	Nº de Actividades	Observaciones
	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	7	Derivaciones para ingreso al programa.
10	Consultorías (cuando corresponda analizar situación de usuario/a del Programa de Acompañamiento)		
11	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc. (Adjuntar verificador)	8	Reuniones de sectores.
12	Reunión de análisis de situación de familias (Adjuntar verificador)		
13	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	12	Reuniones con profesionales derivantes de nuevos casos.
14	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)		
15	Participación en ferias de salud y otras actividades comunitarias, (visitas guiadas al CESFAM, corridas comunitarias, entre otras, etc.) (Adjuntar verificador)	1	Feria de Salud Mental RSH.
16	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	2	Reuniones comunales PACOM.

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 
Nombre Completo: Evelyn Lorena Bravo Pérez. RUT: _____	Nombre Completo: Carolina Alejandra Puga Pichuante. RUT: _____

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