

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	DARWIN ALEXANDER RODRIGUEZ MEGO
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	4
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-06-2024

MONTO BOLETA	73.068
Nº BOLETA	465

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JUNIO 2024	21-05-2024	20-06-2024

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	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. Jurídico)  <b>Nombre:</b> DARWIN ALEXANDER RODRIGUEZ MEGO  <b>Rut:</b>	Timbre y Firma Directora CESFAM  <b>Nombre:</b> KLGA. KAROLINA ANDREA TRONCOSO CHECCON  <b>Rut:</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Timbre y Firma Coordinadora Programa  <b>Nombre:</b> EU. DANIELA ANDREA BASTÍAS GONZÁLEZ  <b>Rut:</b>	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  <b>Nombre:</b> T.S. RODRIGO ANDRES FERNANDEZ ZUMARAN  <b>Rut:</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------