

| | |
|--|---|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | FERNANDO ENRRIQUE VILLARROEL VILLARROEL |
| Rut: | |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 74.5 / |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 18/7/24 / |

| | |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.441.808 / |
| Nº BOLETA | 209 / |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JULIO | 21 DE JUNIO 2024 | 20 DE JULIO 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 (P. Natural) | las prestaciones | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: FERNANDO VILLARROEL V | | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO |
| Rut | | Rut |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ | Nombre: |
| Rut: | Rut: |