

**253. INFORME MENSUAL DE GESTION
REFUERZO SAPU**

| | |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo | NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALOZA |
| Rut: | |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 5 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Fecha Informe | 18-07-2024 / |

| | |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | 103595 / |
| Nº BOLETA | 128 / |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| JULIO | 21-06-24 | 20-07-24 / |

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. Nat) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: NICOLAS CAMPOS PEÑALOZA Rut: | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut: |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|--------------------------------------|------------------------------------|