



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

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	1 administrativo completo 3 días de vacaciones
Días licencia	NA
Fecha Informe	18- DE JULIO 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.378.836- N°62</b>
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-06-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-06-2024</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE</b>	<b>64</b>	<b>Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.</b>
<b>2</b>	<b>REUNION VINCULACION CON EL MEDIO (ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL)</b>	<b>2</b>	<b>-Colegio Alfalfares -Colegio Saint Johns</b>
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL</b>	<b>0</b>	
<b>4</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>0</b>	
<b>5</b>	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	<b>0</b>	
<b>6</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>		

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 intervención en el establecimiento educacional
9	EJECUCION DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	1	Informe entregado con datos estadísticos en Liceo Técnico Marta Brunet
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	79 6	Se entrega a Liceo Técnico Marta Brunet Entrega de carnet a Residencias Mejor Niñez
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	64	
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
<b>Nombre Completo: BELÉN ABD-EL-KADER OVALLE</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa  Rodrigo Soto Izquierdo RUT: ... MATRON	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--	------------------------------------

<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>