

 <b>CORPORACION MUNICIPAL</b> <b>La Serena</b>	<b>261. INFORME MENSUAL DE GESTION</b> <b>PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA</b> <b>HENRIQUEZ</b>
--	--

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	FRANCISCA ISIDORA CASTRO TIRADO
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/04/2024

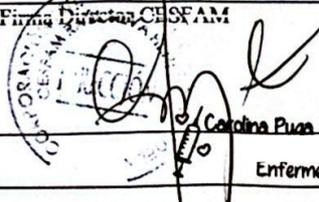
MONTO BOLETA	\$1.378.836
N° BOLETA	40

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 07- 2024	HASTA: 31 - 07- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante
2	Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.
3	Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
4	Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planes preventivos para evitar daños mayores.
5	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto).
6	Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).
7	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.

**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.**

oncs Timbre y Firma Directora CESFAM  Carolina Pizarro Pichuente Enfermera	
Nombre: <u>Francisca Isidora Castro Tirado</u> Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa  Nombre: _____ Rut: _____	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  Nombre: _____ Rut: _____