



**257. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL  
CARO**

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO              |
| Nombre Completo                          | Polivio Adrián Narváez Medranda |
| Rut:                                     |                                 |
| Profesión                                | MEDICO                          |
| Horas trabajadas                         | 83 ✓                            |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                 |
| Días licencia médica                     |                                 |
| Fecha Informe                            | 18/07/2024                      |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.633.857 ✓ |
| Nº BOLETA    | 286 ✓       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21-06-2024            | 20-07-2024 ✓          |

**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<br>(P. Natural o P. Juri            | aciones | Timbre y Firma Director CESFAM<br><i>Fernanda Waseberto</i> |
| <b>Nombre:</b> Polivio Adrián Narváez M.<br><b>Rut</b> |         | <b>Nombre:</b> Catalina Castillo<br><b>Rut:</b>             |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                   |         | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                          |
| <b>Nombre:</b>   |         | <b>Nombre:</b><br><b>Rut:</b>                               |

