

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	ABEL ALFARO TORRES
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	74
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18 AGOSTO 2024

MONTO BOLETA	701.192
N° BOLETA	118

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/07/2024	20/08/2024

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Nombre y P. Jurídico)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: ABEL ALFARO TORRES Rut:	 Carolina Puga Pichuante Enfermera
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut:	Nombre: Rut: