| | CORPORACIONATINICIPAL |
|---|-----------------------|
| 0 | La Serena |

256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA

| Establecimiento | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA | |
|--|-------------------------------------|--|
| Nombre Completo | YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL | |
| Rut: | | |
| Profesión | TENS | |
| Horas trabajadas | 80 / | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | | |
| Días licencia médica | | |
| Fecha Informe | 18-8-2024 | |

| MONTO BOLETA | 487400 / | |
|--------------|----------|--|
| N° DE BOLETA | 434 | |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| AGOSTO | 21-7-24 | 20-8-24 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA : | |
|----|---|--|
| 1 | Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por e profesional médico o profesional no medico según sea el caso. | |
| 2 | Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermería | |
| 3 | Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo. | |
| 4 | Colabora en procedimientos médicos y no médicos. | |
| 5 | Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro de salud | |
| 6 | Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención. | |
| 7 | Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario | |
| 8 | Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia | |

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 Natural o P. Jur | Timbre y Firma Director CESFAM PEDRO AGUIRIA CERDA |
|---|---|
| Nombre: YESSENIA ARAYA VILLARROEL Rut: | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ Rut: | Nombre: Rut: |