

	<b>256. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA</b>
---	--

Establecimiento	SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	Maria Jode Alvarez Velásquez
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	14 hrs (L-V) /
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18-08-24 /

MONTO BOLETA	<b>80710</b> /
Nº DE BOLETA	<b>241</b> /

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
AGOSTO	<b>21-07-24</b>	<b>20-08-24</b> /

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

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 el 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 del ejecutor de las prestaciones (P. Na)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: <b>MARÍA JOSÉ ALVAREZ VELASQUEZ</b> Rut: _____	Nombre: <b>LISSETE LEDEZMA GALLARDO</b> Rut: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: <b>DANIELA BASTIAS GONZÁLEZ</b> Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____

