

|                                                                                                                                    |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CORPORACION MUNICIPAL</b><br><b>La Serena</b> | <b>259. INFORME MENSUAL DE GESTION</b><br><b>PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER</b><br><b>ACUÑA</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA   |
| Nombre Completo                          | Cristhian Andrés Hormazabal Tabilo |
| Rut:                                     |                                    |
| Profesión                                | MEDICO                             |
| Horas trabajadas                         | 59 ✓                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                  |
| Días licencia médica                     | -                                  |
| Fecha Informe                            | 18/08/2024                         |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | 1.136.601 ✓ |
| Nº BOLETA    | 30          |

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

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

| 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 ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. | Timbre y Firma Director CESFAM                                                                                                                              |
| Nombre: Cristhian Andres Hormazabal Tabilo<br>Rut:               | <br>Nombre: Subdirector<br>Rut: Cesfam Dr. E. Schaffhauser<br>La Serena |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                             | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                                                          |
| Nombre:<br>Rut:                                                  | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                             |