

**259. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO  
SCHAFFHAUSER ACUÑA**

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | Javiera Ignacia Mery Araya       |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | TENS                             |
| Horas trabajadas                         | 19 ✓                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                |
| Días licencia médica                     | -                                |
| Fecha Informe                            | 18/08/2024                       |

|              |              |
|--------------|--------------|
| MONTO BOLETA | \$ 117.395 ✓ |
| N° BOLETA    | 49 ✓         |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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  | 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<br>(Firma y Rut) | Timbre y Firma Director CESFAM<br><br><b>Klgo. Fabián Jamet Rivera</b><br>Subdirector<br>CESFAM Dr. E. Schaffhauser<br>La Serena |
| Nombre: Javiera Mery Araya<br>Rut:                               | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                                                                      |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                             | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                                                                                                                                                   |
| Nombre:<br>Rut:                                                  | Nombre:<br>Rut:                                                                                                                                                                                                      |