



| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA | |
| Nombre Completo | MAURICIO ARANDA MORDO | |
| RUT | | |
| Programa | CAMPÀA INVIERNO | |
| Profesión/cargo | Médico | |
| Horas trabajadas (totales) | 36 HORAS | Fechas realizadas: 21-08 / 22-08 / 26-08 / 27-08 / 28-08 / 29-08 / 30-08 / 03-09 / 04-09 / 05-09 / 06-09 / 09-09 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A | |
| Días licencia | N/A | |
| Fecha Informe | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 | |

| | |
|------------------|--------------|
| NUMERO DE BOLETA | 465 |
| MONTO BOLETA | \$ 595.116.- |

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-08-2024 | HASTA: 20-09-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| 1 | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (morbilidad) | | |
|---|--|----|--|
| 2 | Control Crónico Respiratorio (IRA / ERA) | 35 | |
| 3 | Ingreso a Programa Respiratorio (IRA/ERA) | | |
| 4 | Consejeria | | |
| 5 | | | |

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 PRAPS. 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. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM  |
| Nombre Completo: MAURICIO ARANDA MORDO RUT: | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |