CORPORACION MUNICIPAL La Serena	**257. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL CARO**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	VILMA OLMEDO YAÑEZ
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	32
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia médica	NA
Fecha Informe	23/09/2024

MONTO BOLETA	**663008**
N° BOLETA	**127**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
SEPTIEMBRE	**21/08/2024**	**20/09/2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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.

imbre y firma del ejecutor de las prestaciones	Timbre y Firma Director CESFAM
mbre: VILMA OLMEDO YAÑEZ **t:**	**Nombre:** **Rut:**

CATALINA CASTILLO MIRANDA
DIRECTORA
CESFAM CARDENAL CARO
LA SERENA

CORPORACION MUNICIPAL G.G.V
"Cardenal Caro"
DIRECCIÓN
LA SERENA

bre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
bre:	**Nombre:** **Rut:**

Escaneado con CamScanner