

|                                                                                   |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>272. INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| Establecimiento                          | EDIFICIO COMUNAL               |
| Nombre Completo                          | Marcela Andrea González Vargas |
| Rut:                                     |                                |
| Profesión                                | Trabajadora Social             |
| Horas trabajadas                         | 44 hrs                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | medio día administrativo       |
| Días licencia médica                     | -                              |
| Fecha Informe                            | 18/09/2024                     |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.378.836 |
| N° BOLETA    | 27        |

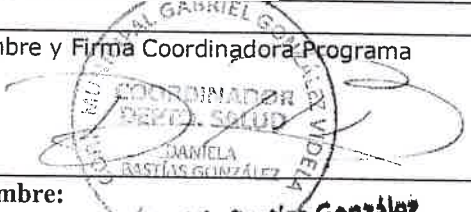
|                    |                     |                      |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 09 2024 | HASTA: 30 - 09- 2024 |
|                    |                     |                      |

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA               | RESULTADO |
|----|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)   |           |
| 2  | Visita Domiciliaria Tratamiento/Rehabilitación/Seguimiento     |           |
| 3  | Procedimientos en Domicilio                                    |           |
| 4  | Control Ambulatorio                                            |           |
| 5  | Consulta Telefónica                                            | 2         |
| 6  | Atención Ambulatoria a Familiares                              |           |
| 7  | Servicios Farmacéuticos                                        |           |
| 8  | Apoyo Psicológico al Usuario, Familia o Cuidadores             |           |
| 9  | Apoyo Social al Usuario                                        | 36        |
| 10 | Educación                                                      |           |
| 11 | Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas |           |
| 12 | Visita domiciliaria integral                                   | 16        |
| 13 | Trabajo en Salud Familiar                                      |           |
| 14 | Elaboración y/o evaluación de planes de cuidado                |           |

**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>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM<br>NO APLICA |
| Nombre: <i>Marcela González V</i><br>Rut:                                     | Nombre:<br>Rut:                             |

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                                | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                                                   |
|  |  |
| Nombre:<br>Rut: <i>Daniela Bastías González</i><br>Enfermera                        | Nombre:<br>Rut:                                                                      |