



| | |
|--|--|
| CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA | INFORME MENSUAL DE GESTION243 REFUERZO SALUD MENTAL |
|--|--|

| | |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento | SAR RSH |
| Nombre Completo | VICENTE SALVADOR REVELLO DÍAZ |
| RUT | |
| Programa | REFUERZO SALUD MENTAL |
| Profesión | PSICÓLOGO |
| Horas trabajadas semanales | 45 horas trabajadas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18 SEPTIEMBRE 2024 |

| | |
|--------------|------------------|
| MONTO BOLETA | \$426.732 |
|--------------|------------------|

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | Funciones según PRAPS | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---|
| 1 | Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR | 23 | |
| 2 | Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR | 0 | |
| 3 | Seguimiento por llamada telefónica | 4 | Usuarios con IAE y/o síntomas psicóticos |
| 4 | Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis | 7 | |
| 5 | Intervención Psicosocial con Familiares | 0 | |
| 6 | Acompañamiento Psicosocial | 16 | |
| 7 | Psicoeducación | 1 | |

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.

| | |
|---|---|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p> Carolina Puaa Pichuante Enfermera</p> |
| <p>Nombre Completo: Vicente Revello Díaz RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |