

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

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | IVAN ALBERTO SANTORO GARCIA      |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 69.5 (33.5h L-V DIA, 36h S-D-F)  |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                  |
| Días licencia médica                     |                                  |
| Fecha Informe                            | 18/09/2024                       |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.357.829 |
| N° BOLETA    | 220       |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 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.**

|                           |     |                                     |
|---------------------------|-----|-------------------------------------|
| Timbre y f<br>Natural o I | (P. | Timbre y Firma Director             |
| Nombre: IVAN SANTORO      |     | Nombre: <i>Andrés Felloso Antón</i> |
| Ru                        |     | Rut:                                |

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:                              | Nombre:                            |
| Rut:                                 | Rut:                               |