

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO                |
| Nombre Completo                          | FRANCISCA DANIELA CARVAJAL CORTES |
| Rut:                                     |                                   |
| Profesión                                | TENS /                            |
| Horas trabajadas                         | 7.5                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                 |
| Días licencia médica                     | -                                 |
| Fecha Informe                            | 18-10-2024                        |

|              |       |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 43238 |
| Nº BOLETA    | 148   |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| SEPTIEMBRE         | 21-09-2024            | 20-10-2024            |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA   |
|----|--|
| 1  | Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no medico según sea el caso. |
| 2  | Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermería   |
| 3  | Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo.  |
| 4  | Colabora en procedimientos médicos y no médicos.   |
| 5  | Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro de salud.  |
| 6  | Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención.                    |
| 7  | Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario  |
| 8  | Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia   |

**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 (P. Natural o P. Jurídica)   | Timbre y Firma Director CBSFAM          |
| Nombre: FRANCISCA CARVAJAL C.<br>Rut: _____ | Nombre: CATALINA CASTILLO<br>Rut: _____ |

|  |   |
|--|---|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa           | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud              |
| Nombre: DANIELA BASTIAS GONZALEZ<br>Rut: _____ | Nombre: RODRIGO FERNANDEZ ZUMARAN<br>Rut: _____ |

