



**257. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL
CARO**

Establecimiento	SAPU CARDENAL CARO
Nombre Completo	ROBERT MOLINA BRAVO
Rut:	
Profesión	TENS ✓
Horas trabajadas	7 ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	no aplica
Días licencia médica	no aplica
Fecha Informe	18 DE OCTUBRE ✓

MONTO BOLETA	\$40.355. ✓
Nº BOLETA	97 ✓

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 -09-2024 ✓	HASTA: 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.

as prestaciones	Timbre y Firma Director CESFAM
-----------------	--------------------------------

Nombre: <u>ROBERT MOLINA BRAVO</u> Rut: _____	Nombre: <u>Carolina Castro</u> Rut: _____
--------------------------------------------------	----------------------------------------------

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

