

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA            |
| Nombre Completo                          | YESSENIA ELIZABETH ARAYA VILLARROEL |
| Rut:                                     |                                     |
| Profesión                                | TENS                                |
| Horas trabajadas                         | 14 /                                |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                     |
| Días licencia médica                     |                                     |
| Fecha Informe                            | 18-10-2024 /                        |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 83985 / |
| Nº BOLETA    | 443 /   |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| OCTUBRE            | 21-9-24               | 20-10-24 /            |

### 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<br>(P. N)                 | es    | Timbre y Firma Director CESFAM          |
| Nombre: YJ<br>VILLARROEL<br>Rut: | ARAYA | Nombre: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO<br>Rut |

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