| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION ATENCIÓN DOMICILIARIA |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | Edificio Comunal de Salud |
| Nombre Completo | Fernando Ernesto Gómez Torres |
| RUN | |
| Programa | Equipo de Atención Domiciliaria Comunal |
| Profesión | Enfermero |
| Horas trabajadas semanales | 44 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 días en el período de informe. |
| Días licencia | 0 días en el período de informe. |
| Fecha Informe | 18-10-24 |

| | |
|---|---|
| MONTO Y N° BOLETA | **$1.378.836 – Boleta N° 134** |

| | | |
|---|---|---|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 19-09-24 | HASTA: 18-10-24 |
| | | |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **1** | Toma de muestra. | **26** | |
| **2** | Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM). | **0** | |
| **3** | Evaluación de pie diabético. | **4** | |
| **4** | Monitoreo de presión arterial/perfil de presión arterial. | **0** | |
| **5** | Monitoreo de HGT. | **0** | |
| **6** | Rescate telefónico. | **2** | |
| **7** | Rescate domiciliario. | **0** | |
| **8** | Procedimientos (curaciones simples y/o complejas, instalación CUP, etc). | **26** | |
| **9** | Educaciones (nutricionales, insulinoterapia, etc.). | **0** | |
| **10** | Otros (operativos comunitarios, vacunación) | **0** | |

**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.

| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br><br>NO APLICA |
|---|---|
| **Nombre Completo:** Fernando Ernesto Gómez Torres<br>**RUT:** | **Nombre Completo:**<br>**RUT:** |

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