



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)
--------------------------------------	---

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Belén Paz Abd-El-Kader Ovalle
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	Medio día administrativo
Días licencia	NA
Fecha Informe	18 de Octubre 2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836- N°69
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-10-2024	31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	65	Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual. Colegio Técnico Salesianos
2	REUNION VINCULACION CON EL MEDIO EDUCACIONAL (ESTABLECIMIENTO)	1	
3	TALLER GRUPAL	0	
4	REUNION INTERSECTORIAL	0	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	0	
6	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	0	

7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	3	De forma semanal
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN	1	Al finalizar intervención en el establecimiento educacional
9	EJECUCIÓN DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	1	Informe entregado con datos estadísticos a Colegio Saint Johns
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	128	Se entrega carnet a Saint Johns
11	REGISTRO FICHA CLÍNICA AVIS		
12	ELABORACIÓN DE REM MENSUAL	1	

REALIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)

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
	NO APLICA
Nombre Completo: BELÉN ABD-EL-KADER OVALLE RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: Patricia Romero RUT:	Nombre Completo: RUT: