

261. INFORME MENSUAL DE GESTION
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA
HENRIQUEZ

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	Martina Renee Coopman Farias
Rut:	
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas	12 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/10/2024

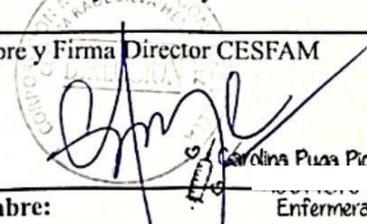
MONTO BOLETA	120.252
Nº BOLETA	52

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	20-08-2024	20-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Encargada de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo a una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstico, si procede
2	Debe cumplir con funciones de tipo asistencial, funciones de tipo administrativo, asociadas a su perfil de cargo.
3	Supervisar en forma periódica la mantención del carro de paro y del equipamiento e instrumental de atención de emergencia.
4	Supervisar la implementación, funcionamiento y mantención del equipamiento clínico de la ambulancia, así como el procedimiento de traslados.
5	Realizar toma de muestra para exámenes sanguíneos y otros procedimientos de enfermería.
6	Priorizar y organizar el turno en base a personal que se cuente y la cantidad de actividades a realizar

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) y que se encuentran informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto tiene consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidado.

Timbre (P. Nat)	las prestaciones	Timbre y Firma Director CESFAM
		 Carolina Puga Pichuante Enfermera
Nombre: Martina Coopman	Nombre:	
Rut:]	Rut:	

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