



<b>CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--	--

Establecimiento	SAR RSH
Nombre Completo	VICENTE SALVADOR REVELLO DÍAZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICÓLOGO
Horas trabajadas semanales	45 horas trabajadas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 OCTUBRE 2024

MONTO BOLETA	<b>\$413.466</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-09- 2024	HASTA: 20-10- 2024
--------------------	--------------------	--------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	<b>Pesquisa necesidades Salud Mental en Sala de Espera SAR</b>	<b>14</b>	
2	<b>Pesquisa vulneraciones en sala de espera SAR</b>	<b>0</b>	
3	<b>Seguimiento por llamada telefónica</b>	<b>2</b>	<b>Usuarios con IAE y/o síntomas psicóticos</b>
4	<b>Primer Apoyo Psicológico/ Intervención en crisis</b>	<b>13</b>	
5	<b>Intervención Psicosocial con Familiares</b>	<b>1</b>	
6	<b>Acompañamiento Psicosocial</b>	<b>16</b>	
7	<b>Psicoeducación</b>	<b>5</b>	

**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 
<b>Nombre Completo:</b> Vicente Revello Díaz <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b>  Carolina Puga Pichuante <b>RUT:</b> Enfermera
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>