

**261. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN
PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA
HENRIQUEZ**

Establecimiento	SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	Francisco Javier Aguirre Sacre
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	30 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia médica	0
Fecha Informe	18/10/2024

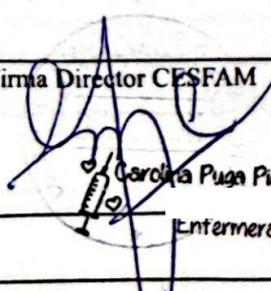
MONTO BOLETA	287.176
Nº BOLETA	115

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante.
2	Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.
3	Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
4	Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planes preventivos para evitar daños mayores.
5	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto).
6	Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).
7	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.

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 y firma del (P. Natural o P. Jurídico)	Timbre y Firma Director CESFAM  Carolina Puga Pichuanche Enfermera
Nombre: Francisco Javier Aguirre Sacre Rut: _____	Nombre: _____ Rut: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Rut: _____	Nombre: Rut: _____