



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	SAR Cesfam Cardenal Raul Silva Henríquez
Nombre Completo	Fernanda Paola Palma Gómez
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	Psicóloga
Horas trabajadas semanales	3 horas (lunes a viernes) 6 horas (sábado, domingo y festivos)
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	30/11/2024 /

MONTO BOLETA	<b>87.306 /</b>
--------------	-----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>1/11/2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>30/11/2024</b> /
--------------------	---	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Psicoeducación</b>	<b>2</b>	
<b>2</b>	<b>Tamizaje</b>	<b>3</b>	
<b>3</b>	<b>Pesquisa de salud mental en sala de espera</b>	<b>1</b>	
<b>4</b>	<b>Primer apoyo psicológico e intervención en crisis</b>	<b>2</b>	
<b>5</b>	<b>Intervención psicosocial con familiar</b>	<b>1</b>	
<b>6</b>	<b>Seguimiento telefónico</b>	<b>3</b>	
<b>7</b>	<b>Otra: coordinación por correo, gestión de caso, revisión de ficha clínica</b>	<b>5</b>	
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Fernanda Paola Palma Gómez</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo: Alejandra Gottlieb C</b> <b>RUT:</b> psicóloga</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>