

257. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAPU CARDENAL CARO

Establecimiento	CARO
Nombre Completo	SAPU CARDENAL CARO
Rut:	JORDY ANDRES COLLINAO MUÑOZ
Profesión	
Horas trabajadas	TENS
Días permiso administrati	33 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones Días licencia médica	s 0 DIAS
Fecha Informe	0 DIAS
The informe	30/NOVIEMBRE/2024
MONTO BOLETA	

MONTO BOLETA	101018	
N° BOLETA	71	

PERIODO DE INFORME	Dec	
OCTUBRE	DESDE. dia - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/10/2024	31/10/2024
FUNCIONES REA	LIZADAGEN	27.207.202.4

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

No	FUNCTONES SECVEN
1	Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas Cumplin de la final de
	preestablecidas, por el profesional de le sean solicitadas, de acuerdo a las normales
2	Cumplif con indicaciones Mád:
3	Atiende consultas de familia de f
4	Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo. Colabora en procedimientos médicos y no médicos. Se responsabiliza y colabora en decidos y no médicos.
5	Se responsabiliza y colel.
	Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro
6	Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar Realizar agos esconos de llamada según protocolo de atención
	al médico o profesional de la signos vitales y evaluar urgencia de pecesidad de pec
7	al médico o profesional de llamada según protocolo de atención. Realizar aseo y confort del paciente esta de naciente esta d
8	Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario Revisar y mantener cabina senitario en caso de ser necesario
	Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia
	TARAMOS

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 ejecutor de la	- (c) of () c)
Timbre y firma del ejecutor de las prestacione. (P. Natural o P. Jurídica)	S Timbre y Firma Director CESFAM
(* * Litatulai II P III Pidioo I	J I illia Director CESFAM
	5 100000
	3 - Day Loich
M	Total Comments
Nombre: JORDY ANDRES COLLINAO	curl cult
MUÑOZ	Nombre: Fabricas as Valdisento Acume
Rut:	Rut:
·······	
GABRIEL	
Timbre y Firma Coordinadora Programa	
occidinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
3 CAMBRINADOR M	Tima sele Upito, de Salud
) E DERTO SAMID	6 / 10 3 // /
	13/1/2/2/
Daniela Bastias Gonzále	15 DE ARTAMENTO
ombre: Enfermera	DIFECTION S
Lut: A SERENT	Nombre:
Aut.	
	Rut: