



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN</b>
--------------------------------------	--------------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	CAMILA ALEXANDRA AGUIRRE SEDAN
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL SUPERIOR.
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$734.236 (N°44)</b>
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 19-10-2024	HASTA: 31-10-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS
<b>1</b>	Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.
<b>2</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
<b>3</b>	Armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío (limpieza de los termos, preparación de unidades refrigerantes, presencia de termómetro, etc.)
<b>4</b>	Contabilizar el tipo y cantidad de vacunas que se utilizarán.
<b>5</b>	<p><b>Funciones en el lugar de vacunación:</b></p> <p>Preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.</p> <p>Preparación de las vacunas a administrar siguiendo los protocolos emanados desde el MINSAL, preocupándose de seguir la normativa vigente (POE).</p> <p>Administrar la vacuna correspondiente, siguiendo los 7 correctos de la administración (usuario, edad, vacuna, dosis, vía de administración, contraindicaciones).</p> <p>Indicar al usuario y/o acompañante el tipo de vacuna administrada y los posibles efectos adversos que puede presentar.</p> <p>Control de temperatura según horario de los termos cada 1 hr, asegurando que se mantengas en los rangos de +2° y +8.</p> <p>Cuadratura de vacunas junto a digitador, dosis administradas v/s dosis registradas.</p>

	Informar al profesional de enfermería en caso de pérdida de dosis de vacunas o eliminación Limpieza del lugar de vacunación y guardar todos los insumos, equipamiento y limpieza,
<b>6</b>	<b>Funciones al término de la jornada:</b> Guardar vacunas en el refrigerador siguiendo las normas de cadena de frío. Guardar unidades de refrigerantes en donde corresponda y limpieza de termos. Eliminación de cortopunzantes en sala REA, cuando complete su estado de llenado Completar maletín de insumos y reponer en caso necesario.
<b>7</b>	Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.

**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  <u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo:</b> Camila Alexandra Aguirre Sedan <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> Patricia Romero <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN</b>
--------------------------------------	--------------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	CAMILA ALEXANDRA AGUIRRE SEDAN
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL SUPERIOR.
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DIAS
Días licencia	0 DIAS
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$734.236 (N°44)</b>
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-11-2024	HASTA: 30-11-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS
<b>1</b>	Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.
<b>2</b>	Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos.
<b>3</b>	Armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío (limpieza de los termos, preparación de unidades refrigerantes, presencia de termómetro, etc.)
<b>4</b>	Contabilizar el tipo y cantidad de vacunas que se utilizarán.
<b>5</b>	<p><b>Funciones en el lugar de vacunación:</b></p> <p>Preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.</p> <p>Preparación de las vacunas a administrar siguiendo los protocolos emanados desde el MINSAL, preocupándose de seguir la normativa vigente (POE).</p> <p>Administrar la vacuna correspondiente, siguiendo los 7 correctos de la administración (usuario, edad, vacuna, dosis, vía de administración, contraindicaciones).</p> <p>Indicar al usuario y/o acompañante el tipo de vacuna administrada y los posibles efectos adversos que puede presentar.</p> <p>Control de temperatura según horario de los termos cada 1 hr, asegurando que se mantengas en los rangos de +2° y +8.</p> <p>Cuadratura de vacunas junto a digitador, dosis administradas v/s dosis registradas.</p>

	Informar al profesional de enfermería en caso de pérdida de dosis de vacunas o eliminación Limpieza del lugar de vacunación y guardar todos los insumos, equipamiento y limpieza,
<b>6</b>	<b>Funciones al término de la jornada:</b> Guarda vacunas en el refrigerador siguiendo las normas de cadena de frío. Guarda unidades de refrigerantes en donde corresponda y limpieza de termos. Eliminación de cortopunzantes en sala REA, cuando complete su estado de llenado Completar maletín de insumos y reponer en caso necesario.
<b>7</b>	Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock.

**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  <u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo:</b> Camila Aguirre Sedan <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  
<b>Nombre Completo:</b> Patricia Romero <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>