

## 259. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
|--|----------------------------------|
| Nombre Completo                          | IVAN ALBERTO SANTORO GARCIA      |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 59.5(35.5h L-V DIA, 24h S-D-F)   |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                  |
| Días licencia médica                     |                                  |
| Fecha Informe                            | 30/11/2024                       |

| MONTO BOLETA | 1.145.735 |  |
|--------------|-----------|--|
| N° BOLETA    | 230       |  |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                    | 01/11/2024            | 30/11/2024            |

## FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| No | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA   |  |  |
|----|--|--|--|
| 1  | Atención médica oportuna y eficiente.  |  |  |
| 2  | Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.   |  |  |
| 3  | Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.                         |  |  |
| 4  | Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.   |  |  |
| 5  | Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.  |  |  |
| 6  | Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido. |  |  |
| 7  | Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.   |  |  |
| 8  | Extender certificado de defunción cuando corresponda.  |  |  |
| 9  | Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.                            |  |  |

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.

|                                      | 9/11-3. PRESIMPLESER               |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y firma de                    | Timbre y Firma Director CESFAM     |
| Natural o P. Juríd                   | DIBACCION                          |
| /                                    |                                    |
|                                      |                                    |
|                                      | Min Mign James Dinner              |
| Nombre: IVAN SANTORO                 | Nombre: Subdirector                |
| Rut                                  | Rut: Cosfam Dr. E. Schaffhauser    |
| ABRIEL GO                            | La Serena                          |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| ( ) See ( )                          |                                    |
| S COORDINADUD                        |                                    |
| E DEPTO. SALO                        | DUPARTAMENTO                       |
| O SANIELA SONZALEZ S                 | DE FALUDO A                        |
| Nombre: Daniela Bastías González     | Nombre:                            |
| Rut: Enfermera LA SEREN              | Rut:                               |
|                                      | 4 SENT                             |
|                                      |                                    |