

261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ

| | |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | CESAR CARIN OLIVARES VILLALOBOS |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 99 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia médica | - |
| Fecha Informe | 31 DE DICIEMBRE 2024 |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 998.444.- |
| N° BOLETA | 556 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 1/12/2024 | 31/12/2024 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1 | Encargada de efectuar la categorización del usuario para establecer la prioridad de la atención médica de acuerdo a una escala de prioridades previamente establecida, esto lo efectúa mediante la valoración del usuario, a través de procedimientos de ayuda diagnóstico, si procede |
| 2 | Debe cumplir con funciones de tipo asistencial, funciones de tipo administrativo, asociadas a su perfil de cargo. |
| 3 | Supervisar en forma periódica la mantención del carro de paro y del equipamiento e instrumental de atención de emergencia. |
| 4 | Supervisar la implementación, funcionamiento y mantención del equipamiento clínico de la ambulancia, así como el procedimiento de traslados. |
| 5 | Realizar toma de muestra para exámenes sanguíneos y otros procedimientos de enfermería. |
| 6 | Priorizar y organizar el turno en base a personal que se cuente y la cantidad de actividades a realizar |

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.

| | |
|---------|--|
| ones | Timbre y Firma Director CESFAM |
| |  |
| Nombre: | Carolina Pizarro Pichuante |
| Rut: | Enfermera |

~~Nombre:~~ CESAR OLIVARES
VILLALOBOS
Rut:

| | |
|---|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Opts. de Salud |
|  |  |
| Nombre: | Nombre: |
| Rut: | Rut: |
|  |  |
| Daniela Bastias González Enfermera | |