



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	ANGÉLICA MARCELA MORENO AGUIRRE
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 - BOLETA N° 3
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-12-2024</b>	<b>31-12-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE</b>	34	<b>Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.</b>
2	<b>REUNIÓN VINCULACIÓN CON EL MEDIO (ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL)</b>	0	
3	<b>TALLER GRUPAL</b>	0	
4	<b>REUNIÓN INTERSECTORIAL</b>	3	Reunión programática de EEAA y programa adolescente
5	<b>PARTICIPACIÓN CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	0	
6	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	0	

7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	3	De forma semanal
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN	1	Al finalizar intervención en el establecimiento educacional
9	EJECUCIÓN DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	0	
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	34	Se entrega carnet a de forma inmediata en consulta
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	34	
12	ELABORACION DE REM MENSUAL	1	

**REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)**

**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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  NO APLICA
<b>Nombre Completo: ANGÉLICA MARCELA MORENO AGUIRRE</b> <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: Patricia Romero</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>