

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

|                                          |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | CATALINA VALERIA MONTI ESPINOZA  |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 8                                |
| Días permiso administrativo o vacaciones | n/a                              |
| Días licencia médica                     | n/a                              |
| Fecha Informe                            |                                  |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 165752 |
| Nº BOLETA    | 300    |

|                    |                      |                    |
|--------------------|----------------------|--------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 01- 2025 | HASTA: 31-01- 2025 |
|                    |                      |                    |

### 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.**

|                                                             |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y Firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Nat) | Timbre y Firma Director CESFAM                                                                             |
| Nombre:<br>ESPINOZA<br>Rut:                                 | Nombre:<br>Rut:<br><i>Klgo. Fabián Jamet Rivera</i><br>Subdirector<br>fam Dr. E. Schaffhauser<br>La Serena |

|                                                              |                                    |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                         | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: <i>Daniela Bastías González</i><br>Rut:<br>Enfermera | Nombre:<br>Rut:                    |