

## 253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

|                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU CARDENAL CARO         |
| Nombre Completo                          | DENIS JOSEFA ROJAS CABRERA |
| Rut:                                     |                            |
| Profesión                                | MEDICO                     |
| Horas trabajadas                         | 10                         |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                          |
| Días licencia médica                     | -                          |
| Fecha Informe                            | 28 DE FEBRERO 2025         |

|              |         |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 207.190 |
| Nº BOLETA    | 177     |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01-02-2025            | 28-02-2025            |

### 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<br>(P. Nat) | restaciones | Timbre y Firma Director CESFAM                                                       |
|                    |             |  |



|                |                     |                                          |
|----------------|---------------------|------------------------------------------|
|                |                     |                                          |
| <b>Nombre:</b> | <b>OJAS CABRERA</b> | <b>Nombre: CATALINA CASTILLO MIRANDA</b> |
| <b>Rut:</b>    |                     | <b>Rut:</b>                              |

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