

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

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | SAR RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | JERALDINE ANDREA GONZÁLEZ BUGUEÑO |
| Rut: | |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas | 136 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia médica | |
| Fecha Informe | 28-02- 2025 |

| | |
|--------------|------------------|
| MONTO BOLETA | 1.324.416 |
| Nº BOLETA | 85 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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 | 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.

| | |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. N: | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: JERALDINE GONZÁLEZ BUGUEÑO Rut | Nombre: Rut:  Carolina Puga Pichuante Enfermera |

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