

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

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | IVAN SANTORO GARCIA              |
| Rut:                                     |                                  |
| Profesión                                | MEDICO                           |
| Horas trabajadas                         | 66                               |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                                  |
| Días licencia médica                     |                                  |
| Fecha Informe                            | 30/04/2025                       |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| MONTO BOLETA | <b>1.264.470</b> |
| N° BOLETA    | <b>252</b>       |

|                    |                      |                     |
|--------------------|----------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 04- 2025 | HASTA: 30- 04- 2025 |
|--------------------|----------------------|---------------------|

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | 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. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM SCHAFFHAUSER<br> |
| Nombre: <b>IVAN SANTORO</b><br>Rut:   | Nombre: <b>E.U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b><br>Rut:   |

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