



**INFORME TÉCNICO DETECCIÓN PRECOZ DE
PROBLEMÁTICAS Y/O TRASTORNOS MENTALES
COD. 243**

Establecimiento	Cesfam Cardenal Raúl Silva Henríquez
Nombre	Belén Paz Abd-El-Kader Ovalle
RUT	
Profesión	Enfermera
Horas semanales contratadas	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	Medio día administrativo
Días licencia médica	NA
Fecha de informe (mes)	30-06-2025

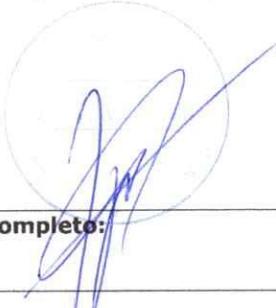
MONTO BOLETA	1.615.929 - BOLETA N° 81
--------------	---------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2025	30-06-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA DE REFUERZO	N° DE ACTIVIDADES DEL MES	OBSERVACIONES
Instrumentos aplicados (PSC-17, PSC-Y-17, PHQ Adolescente, PHQ-9 Adulto, CAPE-15, Escala de depresión geriátrica Yesavage)	68	
Consejerías en contexto de tamizaje de salud mental	68	
Derivaciones asistidas	46	
Control de Salud Mental		
Rescate Telefónico	1	02-06-2025
Consultoría	0	
Vinculación con Equipo de PSM y Equipo CESFAM Raúl Silva Henríquez	1	Intersector con Programa Acompañamiento
Reuniones con otros funcionarios del establecimiento (Salud Mental, otros programas)	2	-Videoconferencia Detección precoz PSM (13-06-2025) - Reunión con Encargada de Convenio (13-06-2025)
Actividades de promoción y prevención	1	27-06-2025 Feria de prevención del consumo de drogas

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 con 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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: BELEN ABD-EL-KADER OVALLE RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>