**INFORME REFUERZO SALUD MENTAL COD. 243**

| | |
|--|----------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre | Ivania Paz Ogalde Olivares |
| RUT | |
| Profesión | Enfermera |
| Horas semanales contratadas | 44 horas |
| Días permiso administrativo o vacaciones | ½ Día administrativo 16/06/2025 |
| Días licencia médica | - |
| Fecha de informe (mes) | 30/06/2025 |

| | |
|--------------|----------------------------|
| MONTO BOLETA | \$1.615.929 -- Boleta N°44 |
|--------------|----------------------------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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-9 Adolescente, PHQ-9 Adulto, CAPE-P15, Escala de depresión geriátrica Yesavage) | 73 | |
| Consejerías en contexto de tamizaje de salud mental | 73 | |
| Derivaciones asistidas | 32 | |
| Control de Salud Mental | - | |
| Rescate telefónico | 5 | |
| Consultoría | - | |
| Reunión detección precoz con encargada comunal | 1 | 13/06/2025 |
| Reunión detección precoz nacional | 1 | 13/06/2025 |
| Registro estadístico mensual | 1 | 23/06/2025 |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran informadas en el Registro Estadístico Mensual y en la planilla de registro local asociados al Programa. Además, una vez que se cuente con el soporte técnico para realizarlo, las actividades mencionadas en este informe se deben encontrar registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud).

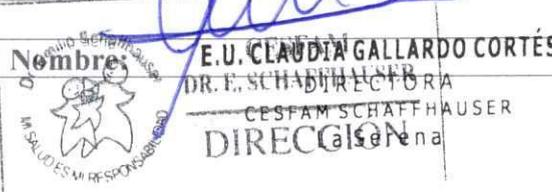
Todo esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Observación:

Esta observación es exclusiva para el cobro retroactivo de boletas de prestadores de servicios. Se autorizará el pago de prestaciones que tengan un plazo máximo de 1 mes de retraso. En caso de que aplique esta observación, se deben justificar los motivos en el apartado que se encuentra a continuación

Justificación:

| | |
|---------------|------------|
| FIRMA | |
| RUT | |
| FECHA INFORME | 30/06/2025 |

| | |
|---|---|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma Coordinadora comunal Programa |
|  |  |

