



## 221. INFORME MENSUAL DE GESTION CAMPAÑA INVIERNO

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU LAS COMPAÑIAS            |
| Nombre Completo                          | JORGE RAFAEL CAMPUSANO CUADRA |
| Rut:                                     |                               |
| Profesión                                | MEDICO                        |
| Horas trabajadas                         | 12 HORAS ✓                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                               |
| Días licencia médica                     |                               |
| Fecha Informe                            | JUNIO 2024 ✓                  |

|              |             |
|--------------|-------------|
| MONTO BOLETA | \$ 219204 ✓ |
| Nº DE BOLETA | 831 ✓       |

|                             |                                       |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME<br>(MES) | DESDE: día - mes- año<br>21/05/2024 ✓ | HASTA: día - mes- año<br>20/06/2024 ✓ |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

### 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 y firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Dir          |
| Nombre: JORGE CAM<br>Rut:   | O CUADRA<br>Nombre:<br>Rut: |



|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre:<br>Rut:                      | Nombre:<br>Rut:                    |