

	<b>259. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA</b>
--	--

Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	MICHAEL PINTO GODOI
Rut:	
Profesión	TENS
Horas trabajadas	85 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia médica	-
Fecha Informe	JUNIO

MONTO BOLETA	<b>522.775</b>
N° BOLETA	<b>N° 87</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21/05/2024</b>	<b>20/06/2024</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico o profesional no medico según sea el caso.
2	Cumplir con indicaciones Médicas y de Enfermería
3	Atiende consultas de familiares de los pacientes a cargo.
4	Colabora en procedimientos médicos y no médicos.
5	Se responsabiliza y colabora en el cuidado de los insumos y bienes del centro de salud.
6	Controlar al paciente y consignar signos vitales y evaluar urgencia de necesidad de notificar al médico o profesional de llamada según protocolo de atención.
7	Realizar aseo y confort del paciente en caso de ser necesario
8	Revisar y mantener cabina sanitaria del vehículo de emergencia

**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 person: a trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Timbre y firm Jurídica)	(P. Natural o P. Jurídica) Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: MICHAEL PINTO GODOI	Nombre: Fabián Jamet Rivera
Rut:	Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre:	Nombre:
Rut:	Rut: