



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

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Establecimiento                          | SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA   |
| Nombre Completo                          | CRISTHIÁN ANDRÉS HORMAZÁBAL TABILO |
| Rut:                                     |                                    |
| Profesión                                | MÉDICO                             |
| Horas trabajadas                         | 79                                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                  |
| Días licencia médica                     | -                                  |
| Fecha Informe                            | 18/06/2024                         |

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 1.531.365 |
| N° BOLETA    | 28        |

|                    |                        |                        |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes - año | HASTA: día - mes - año |
| Junio              | 21/05/2024             | 20/06/2024             |

**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 (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESEAM<br><i>Klgo. Fabián Janet Rivera</i><br>Subdirector<br>Castro, Dr. Schaffhauser<br>La Serena |
| Nombre: Cristhián Andrés Hormazábal Tabilo<br>Rut:                         | Nombre:<br>Rut:  |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   |
| Nombre:<br>Rut:  | Nombre:<br>Rut:  |