| | |
|---|---|
| CORPORACIÓN MUNICIPAL La Serena | **253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU** |

| | |
|---|---|
| Establecimiento | SAPU (SEGÚN CORRESPONDA) |
| Nombre Completo | GABRIELA OLIVOS PAREDES |
| Rut: | |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas | 6 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA |
| Días licencia médica | NA |
| Fecha Informe | 18/06/2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO BOLETA | **17295** |
| Nº BOLETA | **105** |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 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 de 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 [illegible] de cuidados en salud.

| | |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM |
| **Nombre: GABRIELA OLIVOS PAREDES**<br>**Rut:** | **Nombre:**<br>**Rut:** |

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

Escaneado con CamScanner