



Establecimiento	CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser
Nombre Completo	Ana Javiera Rojas Marín
RUT	
Programa	Programa de Acompañamiento Psicosocial/ cód. 239
Profesión	Trabajadora Social
Horas trabajadas semanales	44 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	1 feriado legal (fecha 10 de junio)
Días licencia (consignar fechas del periodo)	No aplica
Fecha Informe	18 de junio

MONTO BOLETA	1.200.000
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2024	30-06-2024

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

<b>1</b>	Reunión equipo de especialidad u otro establecimiento distinto del que se prestan funciones. Se aborda la situación de un usuario/a		
<b>2</b>	Reunión intersector Se aborda la situación de un usuario/a	<b>7</b>	
<b>3</b>	Visitas domiciliarias (urbano) (incluye registro en ficha clínica y desplazamiento)	<b>8</b>	<b>2 jueves sin realizar visitas por reunión con SSC y por emergencia climática.</b>
<b>4</b>	Contacto telefónico (llamadas/mensajería) (NO INCLUIR el registro de llamadas)		
<b>5</b>	Egresos	<b>5</b>	
<b>6</b>	Ingresos	<b>2</b>	
<b>7</b>	Planes de Acompañamiento consensuado (Elaboración y construcción desde el ingreso al Programa a los siguientes 30 días):	<b>2</b>	
<b>8</b>	Evaluaciones participativas del plan de acompañamiento (junto a la familia, previa al cierre del proceso de acompañamiento):		
<b>9</b>	Evaluación de antecedentes en ficha clínica para el ingreso de usuarios/as al Programa de Acompañamiento	<b>4</b>	

<b>10</b>	Reuniones ampliadas CESFAM, Reuniones de sector, autocuidado programado por CESFAM, etc.(Adjuntar verificador)	<b>10</b>	
<b>11</b>	Revisión de casos bajo control (REM P)	<b>13</b>	<b>Se realiza revisión de casos con dupla Trabajadora Comunitaria</b>
<b>12</b>	Encuentro con Profesional del equipo de salud para el análisis de situación de familias ingresadas al Programa (Adjuntar verificador)	<b>5</b>	
<b>13</b>	Actividades de promoción o prevención (Adjuntar verificador)		
<b>14</b>	Capacitaciones, reuniones comunales para monitorear funcionamiento del convenio, supervisiones, etc. (Adjuntar convocatoria)	<b>2</b>	<b>Reunión SSC. Reunión de equipos.</b>

**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 PRAPS. 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/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> Ana Javiera Rojas Marín <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> Claudia Andrea Gallardo Cortes <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>