

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | SAPU Juan Pablo II |
| Nombre Completo | Ilse Alejandra Vera Gonzalez |
| Rut: | |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 25 hrs ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No |
| Días licencia médica | No |
| Fecha Informe | 18 de Julio ✓ |

| | |
|--------------|-----------|
| MONTO BOLETA | 517.975 ✓ |
| Nº BOLETA | 262 ✓ |

| | | |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - Junio- 2024 ✓ | HASTA: 20 - Julio- 202 ✓ |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|

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 a cargo de la atención y de continuidad de cuidados en salud.

| | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| Timbre y firma Jurídica) | Natural o P. | Timbre y Firma Director CESFAM |
| Nombre: Ilse A. Vera González Rut: | | Nombre: <i>Jan Diego Muna</i> Rut: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre: Rut: | | Nombre: Rut: |

TURNOS SAPU /MES: SAPU JP II Julio 2024

| LUNES-VIERNES DIA | | LUNES-VIERNES NOCHE | | SAB. DOM. FESTIVO DIA | | SAB.DOM.FESTIVO NOCHE | |
|-------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS | DIA/MES | HORAS |
| | | | | 23/06 / | 5 | | |
| | | | | 30/06 / | 5 | | |
| | | | | 13/07 / | 5 | | |
| | | | | 14/07 / | 5 | | |
| | | | | 16//07 / | 5 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

PRESTADOR: Ilse A
 Vera Gonzalez

FIRMA

