



<b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 243 REFUERZO SALUD MENTAL</b>
-----------------------------------	---

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	KHANDA I PÉREZ DÍAZ
RUT	
Programa	REFUERZO SALUD MENTAL
Profesión	PSICOLOGA
Horas trabajadas semanales	NO APLICA (5 TURNOS, 15 HORAS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18.07.2024

MONTO BOLETA	<b>135900</b>
--------------	---------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21.06.2024</b>	<b>20.07.2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	<b>09</b>	
<b>2</b>	<b>ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL</b>	<b>06</b>	
<b>3</b>	<b>SEGUIMIENTO</b>	<b>01</b>	<b>TELEFÓNICO</b>
<b>4</b>	<b>DERIVACIÓN</b>	<b>04</b>	<b>VÍA DOCUMENTO</b>
<b>5</b>	<b>DERIVACIÓN</b>	<b>03</b>	<b>VÍA CORREO ELECTRONICO</b>
<b>6</b>	<b>PESQUISA SM EN SALA DE ESPERA</b>	<b>05</b>	
<b>7</b>	<b>1° APOYO PSICOLOGICO E INTERVENCION EN CRISIS</b>	<b>04</b>	
<b>8</b>	<b>NOTIFICACION M.P</b>	<b>01</b>	
<b>9</b>	<b>ELABORACION DE MEDIDA PROTECCIONAL</b>	<b>04</b>	
<b>10</b>	<b>INTERVENCION PSICOSOCIAL CON FAMILIARES</b>	<b>01</b>	

11	<b>PESQUISA DE RIESGO PSICOSOCIAL Y VULNERACION DE DERECHO</b>	02	
12	<b>APOYO TELEFONICO</b>	01	

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Khanda I Pérez Díaz</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Klgo. Fabián Jamet Rivero</i> <b>RUT:</b> Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>