



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

Establecimiento	SAR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ OLIVARES
Rut:	
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas	67
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia médica	N/A
Fecha Informe	18-07-2024

MONTO BOLETA	637.772
Nº BOLETA	114

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
JULIO 2024	21-06-2024	20-07-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Responsable de la unidad de apoyo de terapias complementarias determinar por el médico tratante.
2	Participación en triage en pacientes con síntomas respiratorios.
3	Participar en el control de pacientes e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
4	Colaborar en terapias de rehabilitación con problemas motrices y desarrollar planes preventivos para evitar daños mayores.
5	Realizar tratamientos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, pediatría) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA, adulto).
6	Ejecutar tratamientos de mejora para las patologías respiratorias, especialmente en tiempo de pandemia (Covid-19).
7	Participar en otras labores de gestión encomendada por la jefatura.

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 Natural o P. :		Timbre y Firma Director CESFAM	
Nombre: <u>Diego</u>	<u>Olivares</u>	Nombre: <u>Kgo. Fabián Jamet Rivera</u>	<u>Subdirector</u>
Rut:		Rut:	<u>Cesfam Dr. E. Schaffhauser</u>
			<u>La Serena</u>
Timbre y Firma Coordinadora Programa		Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud	
Nombre:		Nombre:	
Rut:		Rut:	