| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277) |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Establecimiento | CESFAM Pedro Aguirre Cerda |
| Nombre Completo | BELÉN PAZ ABD-EL-KADER OVALLE |
| RUT | |
| Programa | PROGRAMA CARDIOVASCULAR |
| Profesión | ENFERMERA |
| Horas trabajadas semanales | LUNES A VIERNES (12 HORAS) |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-JULIO-2024 |

| | |
|---|---|
| MONTO Y N° BOLETA | **$144.000 – N°63** |

| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|---|---|---|
| **18-06-2024** | | **17-07-2024** |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **1** | **REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS (EVALUACIÓN PIE DIABÉTICO)** | **24** | |
| **2** | | | |
| **3** | | | |
| **4** | | | |
| **5** | | | |
| **6** | | | |
| **7** | | | |
| **8** | | | |
| **9** | | | |
| **10** | | | |

**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**Descompen**
**muy desco**
**de HTA**

**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. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>DIRECCIÓN - CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO AGUIRRE CERDA LA SERENA<br>Lizette Ledezma Gallardo<br>ENFERMERA |
| **Nombre Completo: BELÉN ABD-EL-KADER OVALLE**<br>**RUT:** | **Nombre Completo:**<br>**RUT:** |

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

**Descompe**
**muy desc**
**de HTA**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**
**Descompe**