

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


Establecimiento	SAR DR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	Daniela Alejandra Rodríguez Romero	
Rut:		
Profesión	MEDICO	
Horas trabajadas	142	
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia médica	N/A	
Fecha Informe	18-07-2024	
MONTO BOLETA	<b>2.839.114</b>	
N° BOLETA	<b>91</b>	

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
Julio	<b>21-06-2024</b>	<b>20-07 -2024</b>

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	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 atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.**

Timbre y firma del ejecuto Natural o P. Jurídica)	es (P.	Timbre y Firma Director CESPAM
<b>Nombre: Dra. Daniela Alejandra Rodríguez</b> <b>Rut:</b>		<b>Nombre:</b> <b>Rut:</b>  Rto. Fabián Jamet Rivera Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena

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