

## 221. INFORME MENSUAL DE GESTION CAMPAÑA INVIERNO

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | SAPU (SEGÚN CORRESPONDA)   |
| Nombre Completo                          | José Alejandro Moreno Mora |
| Rut:                                     |                            |
| Profesión                                | MEDICO                     |
| Horas trabajadas                         | 4                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                            |
| Días licencia médica                     |                            |
| Fecha Informe                            | 18-07-2024                 |

|              |       |
|--------------|-------|
| MONTO BOLETA | 73068 |
| Nº DE BOLETA | 76    |

|                             |                                     |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME<br>(MES) | DESDE: día - mes- año<br>21-06-2024 | HASTA: día - mes- año<br>20-07-2024 |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

### 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 atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|   |   |
|---|---|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones<br>(P.) | Timbre y Firma Director CESFAM          |
| Nombre: José Moreno Mora<br>Rut:                        | Nombre: <i>Juan Diego Munda</i><br>Rut: |

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