



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)
--------------------------------------	---

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Belén Paz Abd-El-Kader Ovalle
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día de vacaciones
Días licencia	NA
Fecha Informe	23- DE SEPTIEMBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836- N°67
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-09-2024	HASTA: día - mes- año 30-09-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--


N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	56	Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.
2	REUNION VINCULACION CON EL MEDIO EDUCACIONAL (ESTABLECIMIENTO)	0	
3	TALLER GRUPAL	0	
4	REUNION INTERSECTORIAL	1	Reunión de Espacios amigables y Programa Adolescente con coordinación
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	0	

6	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	0	
7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	3	De forma semanal
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCION	1	Al finalizar intervención en el establecimiento educacional
9	EJECUCION DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	1	Informe entregado con datos estadísticos a Colegio Alfalfares
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	22	Se entrega carnet a Colegio Alfalfares
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	56	
12	ELABORACION DE REM MENSUAL	1	

REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)

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 NO APLICA
Nombre Completo: BELÉN ABD-EL-KADER OVALLE RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: Patricia Romero RUT:	Nombre Completo: RUT: