**FORMULARIO 18**

 **FORMULARIO AREA CLINICA.**

**EVALUACION DE CASOS ESPECIALES - ASPECTOS CUALITATIVOS**

Este formulario corresponde a aquellos casos de profesionales que desarrollen funciones directivas, funciones de dedicación exclusiva, encomendación de funciones o que se dedique, ya sea en forma parcial o total, a uno o dos factores de los evaluados en los formularios anteriores (atención abierta, atención cerrada, procedimientos y exámenes o situaciones críticas)

Quedará expreso en este documento el tipo de situación especial al cual se refiere, lo que debe guardar concordancia con las situaciones especiales establecidas en las bases.

Debe ser completado por el Jefe Directo y corresponde a una apreciación que se tenga respecto de la calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el periodo objeto de acreditación.

Se debe señalar con una X el concepto de calidad asociado a las prestaciones otorgadas por el profesional.

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II. IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**III. TIPO DE SITUACION:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **CALIDAD ALTA** | **CALIDAD MEDIA** | **CALIDAD BAJA** | **ANTECEDENTES****QUE RESPALDEN EL PORCENTAJE ASIGNADO** |
| 02 mayo de 2010 al 01 de mayo de 2019 |  |  |  |  |

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha:

**FORMULARIO 19**

**CERTIFICACION AREA CLINICA CIRUJANO DENTISTA**

**ATENCIÓN DE PACIENTES ESPECIALES**

El Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que suscribe, certifica que el profesional funcionario Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Cirujano Dentista de la especialidad de quien tiene asignadas las siguientes horas semanales dedicadas a la atención odontológica de pacientes con enfermedades tales como: discapacidad mental, portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cánceres, pacientes con insuficiencia renal crónica, discrasias sanguíneas, pacientes con riesgo anestesiológico y otros de similar naturaleza, considerando los diferentes rendimientos, según la complejidad de la atención, de acuerdo a lo señalado por la Unidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable del registro de la información y tuvo un cumplimiento de:

Horas semanales cumplimiento de lo programado

 horas año

 % año

 horas año

 horas año

 horas año

 horas año

 horas año

 horas año

 horas año

 horas año

 % año

 % año

 % año

 % año

 % año

 % año

 % año

 % año

 NOMBRE Y FIRMA SUBDIRECTOR MEDICO NOMBRE Y FIRMA JEFE SERVICIO CLINICO

RANCAGUA,

**FORMULARIO 20**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RELACION DE CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

TODAS LAS PROFESIONES

El jefe de Personal que suscribe, certifica relación de cargos y/o funciones de responsabilidad ejercidas por el Profesional que a continuación se individualiza

**II. IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| RUT: |
| NIVEL: |
| ESTABLECIMIENTO: |
| PERIODO: |

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO N° /FECHA** | **CARGO / COMISION DE SERVICIO ENCOMENDACION DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD** | **NIVEL** | **CJ** | **DESDE** | **HASTA** | **DURACIÓN****AA/MM/DD** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

FECHA:

Firma Postulante

 **FORMULARIO 21**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RELACION DE APORTES REALIZADOS** TODAS LAS PROFESIONES

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **APORTE REALIZADO EN ÁREA CLÍNICA ADMINISTRATIVA** | **IMPACTO EN CALIDAD O CANTIDAD DE SERVICIOS PROPORCIONADOS A LA POBLACION USUARIA** | **TIPOS DE APORTES** | **ANTECEDENETS QUE RESPALDAN EL APORTE** |
| **Individual** | **Colectivo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma Postulante

FECHA:

 **FORMULARIO 22**

**FORMULARIO AREA ORGANIZACIONAL**

**Subfactor de: RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

TODAS LAS PROFESIONES

**I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

**II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: |
| OTRO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **FECHA** | **TIPO DE****RECONOCIMIENTO** | **BREVE****DESCRIPCION** | **ANTECEDENTES****DE RESPALDO** |
| **ENTRE EL** **02 MAYO 2010 AL 01 MAYO 2019** |  | **Por desempeño destacado** |  |  |
|  | **Por labor en beneficio de la comunidad** |  |  |
|  | **Por labor en beneficio de funcionarios** |  |  |
|  | **Participación en comisiones y/o comités** |  |  |
|  | **Por labor en beneficio de la comunidad** |  |  |
|  | **Por labor en beneficio de funcionarios** |  |  |
|  | **Participación en comisiones y/o comités** |  |  |

**TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS:**

Nombre, Firma y Timbre Jefatura Firma Postulante

FECHA: