



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: _____



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	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____
_____ horas año	_____	_____ % año _____

 NOMBRE Y FIRMA SUBDIRECTOR MEDICO

 NOMBRE Y FIRMA JEFE SERVICIO CLINICO

RANCAGUA,



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 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: _____