

Municipalidad de Toltén

| Municipalidad de Toltén | | | | | |
|--|---|-----------|-----------|--|---|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa Odontológica Integral | | | | |
| Descripción (En qué consiste) | Brindar atención a hombres y mujeres mayores de 20 años, con alta carga de enfermedad oral, que requieran prótesis, mediante altas integrales. Atención odontológica integral a Estudiantes de Enseñanza media y/o su equivalente y atención a beneficiarios del Programa de atención domiciliaria con dependencia severa.- | | | | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | Hombre y Mujeres mayores de 20 años. Estudiantes de Enseñanza Media. Beneficiarios del Programa atención Domiciliaria a personas con dependencia severa.- | | | | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | Tener enfermedad dental, pertenecer a la comuna de Toltén y estar inscrito en percapita del DSM.- | | | | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Cédula de Identidad. | | | | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">X</td> </tr> </table> | Si | No | | X |
| Si | No | | | | |
| | X | | | | |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | Acercarse a Las Postas con clínicas dentales y solicitar hora | | | | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratis | | | | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONOS Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | Postas Rurales de sector V. Boldos y Queule, horario consultar en Fono consulta: cel. 981349007 | | | | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL | | | | |

Municipalidad de Toltén
 Rut 69.191.400-3
 O'Higgins 410, Comuna de Toltén, Región de La Araucanía
 Fono +56 45 - 2924548

Municipalidad de Toltén

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa Odontológica Sembrando Sonrisas.- | |
| Descripción (En qué consiste) | <p>-Hacer promoción y prevención de la salud bucal en población parvularia. – Entrega de set de higiene oral(4 cepillos y 1 pasta dental por niño(a).-</p> <p>-Diagnóstico de la Salud bucal en población parvularia.- (Examen de salud bucal)</p> <p>-Prevención individual específica en población Parvularia(aplicación de fluor barniz a los niños(as) 2 aplicaciones de fluor por año a cada niño(a).-</p> | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | -Población Parvularia vulnerable que asiste a establecimientos educacionales pertenecientes a instituciones: JUNJI, Fundación Integra y otras ONG/Fundaciones y a párvulos de Nivel transición 1 y 2 de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionado.- (Niñas y niños) | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | ser de la comuna y estar inscrito en percapita del DSM.- | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Carnet de Identidad. | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | Si | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | Llamar a fono contacto y solicitar información para fecha de atención | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratis | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONOS Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | Postas Rurales de sector V. Boldos y Queule, horario consultar en Fono consulta: cel. 981349007 | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | CIRUJANO DENTISTA | |

Municipalidad de Toltén

| | | | | | | |
|--|--|-----------|-----------|--|---|--|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa Espacios Amigables para Adolescentes | | | | | |
| Descripción (En qué consiste) | <p>-Desarrollar actividades de manera presencial o remota, orientadas a fortalecer los factores protectores en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado. -</p> <p>-Evaluar a estos y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquisando y otorgando manejo inicial en los Espacios Amigables, en otros espacios del Centro de Salud, Establecimientos educacionales u otros espacios comunitarios, asegurando la continuidad de la atención y derivando oportunamente, según corresponda. -</p> <p>Autocuidado y a la prevención de conductas o prácticas de riesgo en adolescentes en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y salud mental. -</p> <p>Promover la participación de adolescentes y jóvenes, en concejos de Desarrollo Local, diagnósticos locales y/u otros espacios de participación de manera presencial o remoto. -</p> <p>-Elaborar protocolo en conjunto con referentes de Pueblos Originarios y facilitadores interculturales, para incorporar la pertinencia cultural.- ---</p> <p>Controles de salud a los Adolescentes de 15 a 19 años</p> <p>-Atención de la demanda espontanea y/o programada en espacios Amigables(presencial o remota) adolescentes de 10 a 19 años.-</p> <p>-Consejería Sexual y reproductiva SSR: Prevención del embarazo, prevención ITS/VIH/SIDA e ITS.-</p> <p>-Consulta por anticoncepción de emergencia, ingreso a regulación de fertilidad.-</p> <p>-Atenciones Psicosociales en ES de 10 a 19 años</p> | | | | | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | - Adolescentes de 15 a 19 años y de 10 a 19 años | | | | | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | -Adolescentes de establecimientos educacionales | | | | | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Carne de Identidad. | | | | | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">x</td> </tr> </table> | Si | No | | x | |
| Si | No | | | | | |
| | x | | | | | |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | ninguno | | | | | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratuito | | | | | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONOS Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | En los Establecimientos educacionales (presencial o remoto de acuerdo a la situación epidemiológica local), horario consultar en Fono consulta: cel. 985237589 | | | | | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | DIRECCION DSM PROFESIONALES QUE REALIZAN PROGRAMA, MATRONA Y ASISTENTE SOCIAL.- | | | | | |

| Municipalidad de Toltén | | | | | |
|---|---|----|----|--------------------------|-------------------------------------|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa Elije Vida Sana | | | | |
| Descripción (En qué consiste) | -Talleres desarrollados por el equipo multidisciplinario(Nutricionista, Psicólogo, Profesional Actividad Física o Kinesiólogo) con el propósito de reforzar y potenciar el cambio de habito hacia una vida saludable, con entrega de herramientas para su sustentabilidad . -Consultas Nutricionista de ingreso y seguimiento: evaluar estado nutricional del usuario, motivar, establecer metas y seguimiento y control de estas.- -consultas Psicologicas: identificar en el nivel de cambio en el que se encuentra la persona a través del modelo de Prochaska, identificar meta personal, intervención motivacional para apoyar cambio de habito. Sospecha de trastornos de salud mental comunes en APS(depresión, consumo de perjudicial y/o del alcohol, tabaco y otras drogas etc. Evaluar para especialista si lo requiera por Profesional de salud mental.- -Actividad física.- | | | | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | - Comunidades y Establecimientos Educacionales - Población objetivo: embarazadas y mujeres postparto, niños (as) adolescentes de 6 a 19 años, adultos de 20 a 64 años | | | | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | Usuarios con sobre peso u obesidad, menores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión , beneficiarias de FONASA que hayan realizado abdominoplastia en hospitales públicos, privados en convenio con instituciones públicas en el contexto de gestión de lista de espera.- | | | | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Carne de Identidad. | | | | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Si | No | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si | No | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | Consultar a fono consulta NO HAY | | | | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratis | | | | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONO Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | En los Establecimientos educacionales o Comunidades (presencial o remoto de acuerdo a la situación epidemiológica local), horario consultar en Fono consulta: cel. | | | | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | DIRECCION DSM PROFESIONALES QUE REALIZAN PROGRAMA, NUTRICIONISTA, PSICOLOGO(A) y PROFESIONAL ACTIVIDAD FISICA O KINESIOLOGO(A).- | | | | |

Municipalidad de Toltén

| | | | | | | | |
|--|-----------|--|-----------|-----------|--|---|--|
| Nombre Programa o Servicio | | Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo | | | | | |
| Descripción (En qué consiste) | | Fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en primer nivel de transición o su equivalente, a través de la Red Asistencial de los servicios de Salud del País (establecimiento de salud de atención Primaria, maternidades servicios de hospitalización pediátrica y neonatología) mediante prestaciones de calidad y complementarias al actual control prenatal, parto puerperio, control del niño y la niña sano/a y atención hospitalaria de los niños y las niñas.- | | | | | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | | - Población objetivo: embarazadas, mujeres postparto, niños (as) hasta el ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente.- | | | | | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | | - Población vulnerable, usuarios de la comuna e inscritos en percapita del DSM.- Control de niño sano al día | | | | | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | | Carne de Identidad, carne Control de embarazo, carne de control niño sano.- | | | | | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | | <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">x</td> </tr> </table> | Si | No | | x | |
| Si | No | | | | | | |
| | x | | | | | | |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | | Consultar a fono consulta cel.:963305517 | | | | | |
| COSTO DEL TRAMITE | | Gratis | | | | | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONOS Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | | -En los Establecimientos educacionales o Comunidades (presencial o remoto de acuerdo a la situación epidemiológica local), a través de visitas domiciliarias o control en Postas Rurales.- fono consulta cel.:963305517 | | | | | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | | DIRECCION DSM PROFESIONAL QUE CONTRIBUYE A LA REALIZACION DEL PROGRAMA, EDUCADORA DE PARVULOS.- | | | | | |

Municipalidad de Toltén

| | | |
|---|--|-----------|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de Niños , Niñas, Adolescentes y Jóvenes vinculados a la Red de Programa de SENAME.- | |
| Descripción (En qué consiste) | Objetivo: Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud general integral en establecimientos de salud de APS a NNAJ vinculados a programas SENAME, tanto en dispositivos de protección (programas ambulatorios, residencias de protección), como de responsabilidad penal adolescente (cip-crc y régimen semi cerrado).- -Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud mental que corresponden al nivel de atención primaria, a NNJ vinculados a programas SENAME, tanto en dispositivos de protección.- | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | - -Atención de salud a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programa SENAME.- | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | - Población vulnerable, usuarios de la comuna e inscritos en percapita del DSM.- | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Carne de Identidad.- | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | Si | No |
| | | x |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | Consultar a fono consulta CELULAR 963305517 | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratis | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONO Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | -En los Establecimientos de Salud, o través de visitas domiciliarias .- fono consulta | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROGRAMA, ENFERMERA, MATRONA MEDICO, NUTRICIONISTA, KINESIOLOGO, PSICOLOGO, ASISTENTE SOCIAL, CIRUJANO DENTISTA, TENS.- | |

Municipalidad de Toltén

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Nombre Programa o Servicio | Convenio Programa Resolutividad en Atención Primaria | |
| Descripción (En qué consiste) | -Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de tras demanda en la APS y que presentan lista y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.- Atención integral a usuarios que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica a de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria. Atención integral y resolutiva por medico especialista en ginecología para diagnostico h tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática Psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.- | |
| USUARIOS (A quien está dirigido) | -Usuarios que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en el sistema de gestion de tiempos de espera (SIGTEL) | |
| REQUISITOS (incluir formularios en casos de existir) | - Población vulnerable, usuarios de la comuna e inscritos en percapita del DSM.- | |
| DOCUMENTACION NECESARIA | Carne de Identidad.- | |
| TRAMITE DISPONIBLE EN LA WEB (¿Realizable en línea?) | Si | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TRÁMITES O ETAPAS A REALIZAR | Solicitar hora y asistir con Medico de Postas) | |
| COSTO DEL TRAMITE | Gratuito | |
| LUGAR, HORARIO ATENCION, FONO Y CORREO DE CONTACTO (Para realizar trámite) | -En los Establecimientos de Salud, (Postas Rurales).- Fono consulta CELULAR - 976136598.- | |
| DIRECCION Y UNIDAD RESPONSABLE | PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROGRAMA, MEDICO | |