

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN
RUT	
Programa	EXTENSIÓN HORARIA SABATINA
Profesión	ODONTÓLOGO
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	18-06-2024


MONTO Y N° BOLETA	<b>165752 N° boleta: 240</b>
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18-05-2024	HASTA: 17-06-2024
--------------------	-------------------	-------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	5	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	2	<b>Fluor</b>
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	14	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	0	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	4	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	2	<b>recetas</b>
7	Consejería breve en tabaco	0	
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	4	<b>Interconsulta prótesis</b>

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> GUILLERMO IVAN LUBI LEÓN <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón <b>RUT:</b> Kinesióloga</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>