



| | |
|-----------------------------------|--|
| MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSION DENTAL |
|-----------------------------------|--|

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | ESTEFANO MOYANO CASTILLO |
| RUT | |
| Programa | EXTENSION HORARIA DENTAL |
| Profesión | CIRUJANO DENTISTA |
| Horas trabajadas semanales | 8 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 18 DE JUNIO DE 2024 |

| | |
|-------------------|--------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$ 165.752.- N° 64 |
|-------------------|--------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-05-2024 | HASTA: 20-06-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

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

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>Nombre Completo: ESTEFANO MOYANO CASTILLO RUT:</p> | <p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |