



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	SOFIA SERENA BLANCO LOPEZ
RUT	
Programa	CONTINUIDD HORARIA
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	18 DE JUNIO DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 82.876.-N° 110</b>
-------------------	--------------------------

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

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>10</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>1</b>	
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>1</b>	
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	-	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	-	
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	-	
<b>8</b>	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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> SOFIA BLANCO <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Aracelio Jolloto Corti</i> <b>RUT:</b></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>