



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

Establecimiento	CRSH
Nombre Completo	SOFIA SERENA BLANCO LOPEZ
RUT	
Programa	CONTINUIDAD HORARIA
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	JUNIO


MONTO Y N° BOLETA	<b>82.876 N° 111</b>
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - MAYO- 2024	HASTA: 17 - JUNIO- 2024
--------------------	------------------------	-------------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	16	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	8	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	1	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	2	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	-	
7	Consejería breve en tabaco	-	
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	1	

**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: SOFIA BLANCO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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>