



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	Osvaldo Acosta Cortes.
RUT	
Programa	MORBILIDAD DIA SABADO
Profesión	Odontólogo.
Horas trabajadas semanales	4 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	No corresponde.
Días licencia	No corresponde.
Fecha Informe	18/08/24

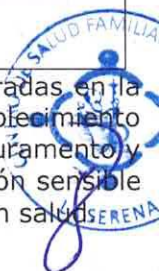
MONTO Y N° BOLETA	<b>82.876 N° 26</b>
-------------------	---------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 -07-24	HASTA: 17-08-24
--------------------	------------------	-----------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>7</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)		
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>2</b>	
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	<b>3</b>	
<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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Osvaldo Acosta Cortes</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz</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>