



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	PATRICIA JACQUELINE ESPIN POZO
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL
Profesión	CIRUJANA DENTISTA
Horas trabajadas semanales	8 HRAS.
Días permiso administrativo o vacaciones	0 días
Días licencia	0 días
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO Y N° BOLETA	165.752 (N° boleto 314)
-------------------	---------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 03- 2024	HASTA: 17 - 04- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	14	RESINAS Y VIDRIO IONÉMERO
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	18	IHO Y FLUOR
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	11	DESTARTRAJES SUPRA Y SUB GINGIVALES
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	0	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	2	EXODONCIAS
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	0	
7	Consejería breve en tabaco	15	CONSEJERIA BREVE EN TABACO
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	2	INTERCONSULTAS A PRÓTESIS

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>CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA</p>
<p>Nombre Completo: Patricia Espín pozo RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CESFAM CARDENAL CARO RUT: SERENA</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>

