



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

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA SABATINA
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-04-24

MONTO Y N° BOLETA	<b>82876, N° boleta: 107</b>
-------------------	------------------------------

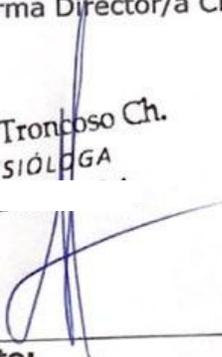
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>18-03-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>17-04-24</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>2</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>6</b>	<b>IHO</b>
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>5</b>	<b>BOCA COMPLETA</b>
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>0</b>	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>0</b>	
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	<b>0</b>	
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	<b>3</b>	
<b>8</b>	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	<b>4</b>	<b>AJUSTES PROTESIS, PULIDOS, INTERCONSULTA</b>



**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>Carolina Troncoso Ch. KINESIÓLOGA R.U.T: _____</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA <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>

