



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

Establecimiento	Cesfam Juan Pablo II
Nombre Completo	Oswaldo Enrique Acosta Cortes
RUT	
Programa	207 EXTENSION HORARIA DENTAL MORBILIDAD (DIA SABADO)
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-04-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>82.876, BOLETA N°13</b>
-------------------	----------------------------

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

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

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

**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</b> RUT: _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Pérez</b> RUT: _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> RUT: _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> RUT: _____</p>