



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ESTEFANO MOYANO CASTILLO
RUT	
Programa	EXTENSION DENTAL
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	18 DE ABRIL DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 82.876.- N° 61</b>
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-03-2024	HASTA: 20-04-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PSAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	2	RC 4.3 D RC 2.6 OP
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	2	IHO Aplicar BF boca completa
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	1	Destartraje supragingival
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
7	Consejería breve en tabaco		
8	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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: ESTEFANO MOYANO CASTILLO</b>  <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</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>