



<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	16 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-05-24

MONTO Y N° BOLETA	<b>331504, N° boleta: 110</b>
-------------------	-------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>18-04-2024</b>		<b>17-05-24</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	65	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	27	IHO
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	48	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	0	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	9	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	2	
7	Consejería breve en tabaco	6	
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	8	<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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón <b>RUT:</b> Kinesióloga</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>