



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

Establecimiento	Cesfam Juan Pablo II
Nombre Completo	Oswaldo Enrique Acosta Cortes
RUT	
Programa	207 EXTENSION HORARIA DENTAL MORBILIDAD (SABADO)
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	82.876, BOLETA N° 15
-------------------	-----------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes - año 18-04-2024	HASTA: día - mes - año 17-05-2024
--------------------	---	---

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	9	Resinas compuestas.
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	-	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	2	Supra y sub gingival.
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	-	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	3	Exodoncias y alveolitis.
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	-	
7	Consejería breve en tabaco	3	Pacientes fumadores.
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	2	Pulido y activación de retenedores.

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>Nombre Completo: Osvaldo Acosta RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Osvaldo Acosta</i> RUT:</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>