



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|-------------------------------|
| Establecimiento | CRSH |
| Nombre Completo | CRISTIAN FELIPE MCLEAN MORENO |
| RUT | |
| Programa | |
| Profesión | CIRUJANO DENTISTA |
| Horas trabajadas semanales | 4 HORAS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - |
| Días licencia | - |
| Fecha Informe | MAYO |

| | |
|-------------------|------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 82876-n°95 |
|-------------------|------------|

| | | |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 18 -ABRIL- 2024 | HASTA: 17 - MAYO- 2024 |
|--------------------|------------------------|------------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1 | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones) | 11 | |
| 2 | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO) | 1 | |
| 3 | Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival) | 0 | |
| 4 | Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar) | 0 | |
| 5 | Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes) | 1 | |
| 6 | Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles) | 0 | |
| 7 | Consejería breve en tabaco | 0 | |
| 8 | Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados) | 0 | |

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>Nombre Completo: <i>Cristina Felisa De la N...</i> RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Carolina Puga Pichuanite</i> RUT: <i>entermera</i></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> |