

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA****INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EXTENSIÓN DENTAL**

Establecimiento	CESFAM CRSH
Nombre Completo	Catalina Belén Muñoz Espinoza
RUT	
Programa	IAAPS
Profesión	Cirujana Dentista
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-05-2024

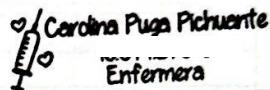
MONTO Y N° BOLETA **\$82.876 N°1**

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	4	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	5	
3	Tratamiento dental, periodontal (destarajes supra y sub gingival)	6	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
7	Consejería breve en tabaco	6	
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	1	

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Catalina Muñoz Espinoza. RUT:	 Nombre Completo:  RUT: 
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: