



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM Cardenal Caro
Nombre Completo	Aracelli Paz Parada Montano
RUT	
Programa	Extensión horaria dental
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas semanales	4 horas
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/05/2024 - 18/06/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$82.876, boleta N° 137</b>
-------------------	--------------------------------

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

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>5</b>	<b>Resina compuesta</b>
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>2</b>	<b>IHO</b>
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>3</b>	<b>Destartrajes supra y subgingival</b>
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco		

8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	2	Información sobre interconsultas
---	--	---	----------------------------------

**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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo:</b> Aracelli Paz Parada Montano <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <i>Lorena Coruña</i> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>