



<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	12 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-07-24

MONTO Y N° BOLETA	<b>248.628, N° boleta: 118</b>
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>18-06-2024</b>		<b>17-07-24</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>28</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>23</b>	<b>IHO</b>
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>11</b>	
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>0</b>	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>15</b>	
<b>6</b>	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	<b>23</b>	
<b>7</b>	Consejería breve en tabaco	<b>1</b>	
<b>8</b>	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	<b>1</b>	<b>AJUSTES PROTESIS, PULIDOS.</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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Francisca Arredondo L. <b>RUT:</b> Nutricionista</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>

