



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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL CARO
Nombre Completo	NATALIA GAETE AGUIRRE
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL SABADO
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	19-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$165.752 / N boleta: 107
-------------------	----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 18 - 07- 2024	HASTA: 17 - 08- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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>CORPORACIÓN MUNICIPAL G.O.V. CESFAM "Cardenal Caro" DIRECTOR LA SERENA CATALINA CASTILLO MIRANDA DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA</p>
<p>Nombre Completo: NATALIA GAETE RUT:</p>	<p>Nombre Completo: 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>