



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

Establecimiento	CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ
Nombre Completo	GÉNESIS RIVADENEIRA CARMONA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 DE AGOSTO

MONTO Y N° BOLETA	82876 N°114
-------------------	-------------

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

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

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

<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: GÉNESIS RIVADENEIRA CARMONA 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>



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

Establecimiento	CESFAM CRSH
Nombre Completo	Cristian Felipe Mc-Lean Moreno
RUT	
Programa	IAAPS
Profesión	Cirujano Dentista
Horas trabajadas semanales	8
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-08-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$82.876 N° 98
-------------------	----------------

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

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

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

**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.

pr le las rridica)	<b>Timbre y Firma Director/a CESFAM</b>  
<b>Nombre Completo: CRISTIAN FELIPE MCLEAN MORENO</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

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