



--	--

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ESTEFANO MOYANO CASTILLO
RUT	
Programa	PROGRAMA DENTAL EXTENSION HORARIA
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	12 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	19 DE AGOSTO DE 2024

MONTO Y Nº BOLETA	\$ 248.628.- Nº 68
-------------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-07-2024	HASTA: 20-08-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Descripción de la Función	Cantidad	
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	7	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	1	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	4	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	1	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	2	
7	Consejería breve en tabaco		
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>Dr. Emilio Schaffhauser CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN</p>
<p>Nombre Completo: ESTEFANO MOYANO CASTILLO RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES 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>