



INFORME MENSUAL DE CESIÓN EXTENSION DENTAL	
--	--

Establecimiento	EMILIO SHAFFAUSER
Nombre Completo	SOFIA SERENA BLANCO LOPEZ
RUT	
Programa	CONTINUIDAD HORARIA
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	AGOSTO

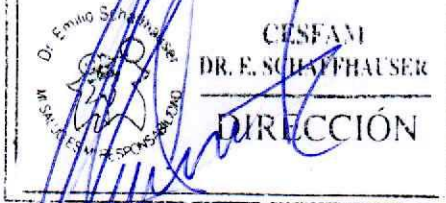
MONTO Y N° BOLETA	82.876 N° 118
-------------------	---------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - JULIO- 2024	HASTA: 20 - AGOSTO- 2024
--------------------	-------------------------	--------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: <i>Sofia</i> SOFIA BLANCO RUT: -----	Nombre Completo: <i>Klgo. Fabián Jamet Rivera</i> RUT: -----
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: ----- RUT: -----	Nombre Completo: ----- RUT: -----