

| I. MUNICIPALIDAD DE<br>LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL |
|----------------------------------|---|
|----------------------------------|---|

| Establecimiento                                | CESFAM Pedro Aguirre Cerda                                       |  |
|--|--|--|
| Nombre Completo                                | Valentina Alejandra Pacha Rojas                                  |  |
| RUT  |  |  |
| Programa                                       | Continuidad horaria extensión dental sábado, domingo y festivos. |  |
| Profesión                                      | Cirujano Dentista  |  |
| Horas trabajadas                               | 4 horas  |  |
| Días permiso<br>administrativo o<br>vacaciones | 0  |  |
| Días licencia                                  | 0  |  |
| Fecha Informe                                  | 18-08-2024 /   |  |

| MONTO Y Nº BOLETA   | 82.876 - N° 32 / |
|---------------------|------------------|
| THORVIO I IV BOLLIN | 02:070 11 02 7   |

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

## **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N. | Funciones según PRAPS   | N° de<br>Actividades | Observaciones |
|----|---|----------------------|---------------|
| 1  | Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)                      | 3                    |               |
| 2  | Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)                      | 2                    |               |
| 3  | Tratamiento dental, periodontal (destartrajes 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)    | 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.

| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM                |
|--|---|
|  | COUNTRO DE SALUD                                |
| Nombre Completo: Valentina Alejandra<br>Pacha Rojas<br>RUT:                | Nombre Completo: Lissette Ledezma Gallardo RUT: |

| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|--------------------------------------|------------------------------------|
|                                      |                                    |
|                                      |                                    |
| 982                                  |                                    |
|                                      |                                    |
|                                      |                                    |
|                                      |                                    |
| Nombre Completo:                     | Nombre Completo:                   |
| RUT:                                 | RUT:                               |