

**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA****INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EXTENSIÓN DENTAL**

Establecimiento	CESFAM C. CARO
Nombre Completo	CARLA DAMARIS SEGOVIA FERNÁNDEZ
RUT	
Programa	MEJORAMIENTO AL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONT.
Profesión	TONS
Horas trabajadas semanales	6 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-09-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$34.590 - n°173
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 18-08-2024	HASTA: día - mes- año 17-09-2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERÍODO

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)		
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)		
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)		
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)		
6	Tratamientos médico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)		
7	Consejería breve en tabaco		
8	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)		ASISTÍ A: DRA MARIELA BUSTOS DRA. MELANIE

		LEIVA
--	--	--------------

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
--	----------------------------------



Nombre Completo: CARLA SEGOVIA FERNANDEZ RUT:	
---	--

Nombre Completo: Catalina Castillo RUT:	
--	--

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------

Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:
--------------------------	--------------------------