I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA SABATINA
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-11-24

MONTO Y N° BOLETA	**82.876, N° boleta: 132**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
18-10-2024		**31-10-24**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

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

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: GUILLERMO ERNESTO TORRES ARANCIBIA **RUT:**	**Nombre Completo:** Carolina Troncoso Checcón Kinesióloga **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**