



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION EXTENSIÓN DENTAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CRSH
Nombre Completo	CONSUELO JESUS TRONCOSO JIMENEZ
RUT	
Programa	ATENCION ODONTOLOGICA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	-
Días licencia	-
Fecha Informe	30 DE NOVIEMBRE

MONTO Y N° BOLETA	<b>890.638- n°36</b>
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 -NOVIEMBRE- 2024	HASTA: 30 -NOVIEMBRE- 2024
	En este informe se incluye actividades realizadas del 18-10-2024 al 31-10-2024	

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	96	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	0	
3	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	19	
4	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	0	
5	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	2	
6	Tratamientos medico quirúrgicos (suturas, su retiro, controles)	0	
7	Consejería breve en tabaco	0	

<b>8</b>	Otras (ajustes protésicos, cementación, informes y certificados)	<b>0</b>	
----------	--	----------	--

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO  
PRESTACIONES REALIZADAS PERIODO 18-10-2024 AL 31-10-2024**

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

MUNICIPALIDAD DE RAÚL SILVA FERNÁNDEZ

**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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: CONSUELO JESÚS TRONCOSO JIMÉNEZ</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>