



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ARIANA CAROLINA GONZÁLEZ CALDERÓN
RUT	
Programa	PROGRAMA DENTAL EXTENSION HORARIA
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas	12 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE NOVIEMBRE DE 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$248.628.- N° 12</b>
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 1-11-2024	HASTA: 30-11-2024
--------------------	------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	<b>9</b>	
<b>2</b>	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)	<b>9</b>	
<b>3</b>	Tratamiento dental, periodontal (detartrajes supra y sub gingival)	<b>11</b>	
<b>4</b>	Tratamiento dental, endodóntico (trepanaciones, tratamiento pulpar)	<b>1</b>	
<b>5</b>	Tratamiento dental quirúrgico (exodoncias, regulación de rebordes)	<b>2</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>1</b>	

**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 
<b>Nombre Completo:</b> ARIANA CAROLINA GONZÁLEZ CALDERÓN <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> CLAUDIA GALLARDO CORTES <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>