

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

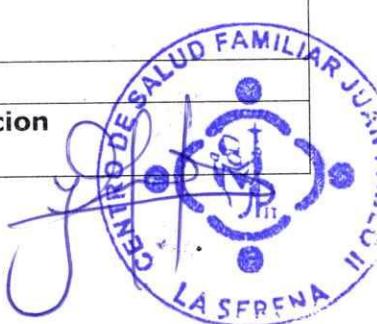
Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	VIVIANA CORDERO TORRES
RUT	
Programa	EXTENSION DENTAL DIA SABADO
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4
Días permiso administrativo o vacaciones	NO APLICA
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	31-12-2024

MONTO Y N° BOLETA	Boleta nº 362 Monto \$ 82876
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/12/2024	HASTA: día - mes- año 31/12/2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERÍODO
---

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	Tratamiento dental recuperativo (obturaciones)	4	
2	Tratamiento dental preventivo (sellantes, IHO)		
3	Tratamiento dental, periodontal (detrarajes supra y sub gingival)	6	
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)	1	Fluoración



**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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo:</b> Viviana Cordero Torres <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> Juan diego Muñoz Ossandón <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpt. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>