



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

| | |
|--|--|
| 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 | 31/12/2024 |



| | |
|-------------------|---------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 890.638- n°37 |
|-------------------|---------------|



| | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 -DICIEMBRE- 2024 | HASTA: 31 -DICIEMBRE- 2024 |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|

| |
|---|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|---|

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

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. Jurídica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p>Nombre Completo: CONSUELO JESÚS TRONCOSO JIMÉNEZ RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Pizarro Pichuanche RUT: Enfermera</p>  |

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