



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

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	NATALIA GAETE AGUIRRE
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA DENTAL SABADO
Profesión	ODONTOLOGO
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	NO PROCEDE
Días licencia	NO PROCEDE
Fecha Informe	31-03-2025

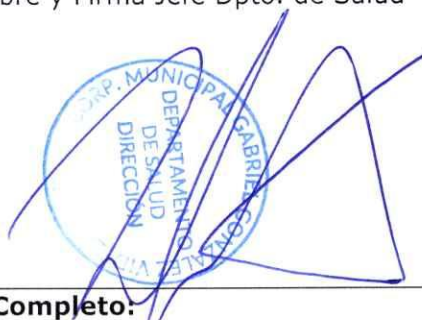
MONTO Y N° BOLETA	\$82876 / N boleta: 121
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01- 03- 2025	HASTA: 31-03- 2025
--------------------	---------------------	--------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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 
Nombre Completo: NATALIA GAETE RUT:	Nombre Completo: Carolina Castillo RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: