



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	ARIANA CAROLINA GONZALEZ CALDERON
RUT	
Programa	EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL
Profesión	CIRUJANO DENTISTA
Horas trabajadas semanales	4 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	30 DE ABRIL DE 2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ 82.876.- N° 20
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01-04-2025	HASTA: 3-04-2025
--------------------	-------------------	------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

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

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>CESFAM DR. E. SCHAFFHAUSER DIRECCIÓN</p>
<p>Nombre Completo: ARIANA CAROLINA GONZALEZ CALDERON RUT:</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT:</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  <p>COORDINADOR DEPTO. SALUD</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>