



Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Memoria 2024

Consejo Regional Coyhaique



Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Actividades

- 59 colegiados al 2024. (aumento de colegiados)
- Continuidad de mesa Directiva 2023-24

Presidente: Gabriel Rabi.

Secretario: Tomas Manríquez.

Tesorero: Pablo Valenzuela.

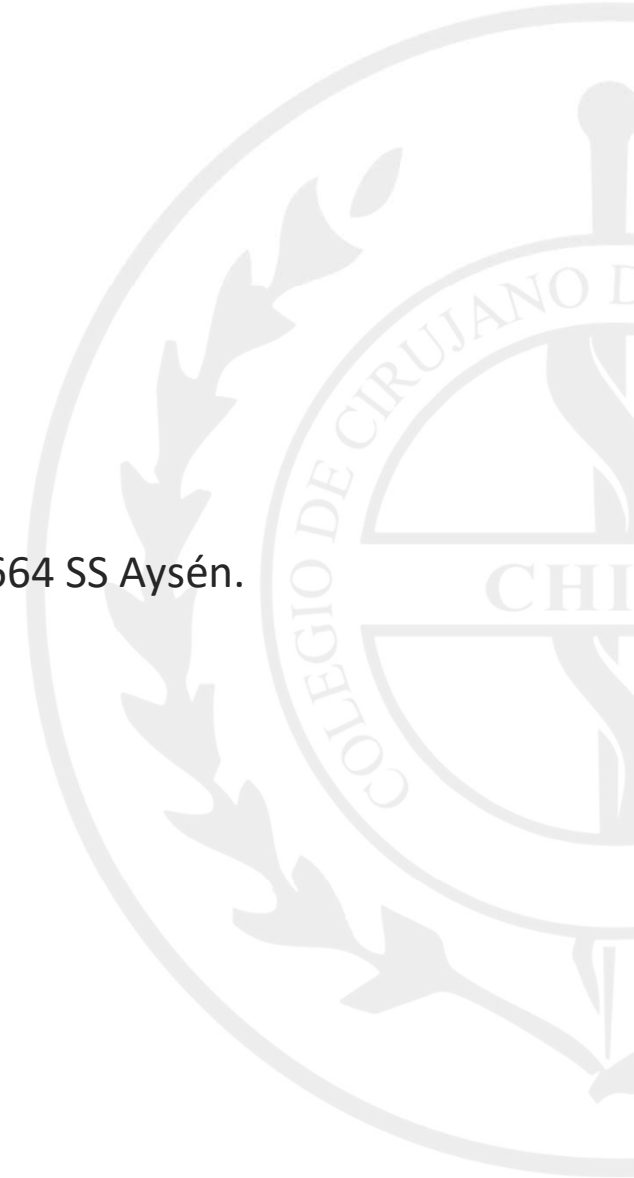




Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Actividades

- Participación en Convención extraordinaria 2024.
- Participación en proceso de acreditación del Servicio de Salud Aysén.
- Supervisión de la distribución de asignaciones a profesionales ley 19 .664 SS Aysén.
- Jornadas Odontológicas de Coyhaique, octubre 2024.
- Reconocimiento 40 años de profesión.
- Cena y fiesta del día de la Odontología.
- Entrega de recetarios a colegiados.





Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Jornada Odontológica 2024

“Diagnóstico y manejo inicial de trauma facial”

Viernes 11 de Octubre (Hotel Dreams Coyhaique)	
08:30 hrs.	Confirmación de inscripciones.
08:50 hrs.	Bienvenida del Consejo Regional Coyhaique
09:00 hrs.	Evaluación inicial del Paciente con lesión de trauma facial.
10:00 - 10:30 hrs.	Break
10:30 hrs.	Fracturas Mandibulares: Semiología y tratamiento.
11:30 hrs.	Fracturas de baja complejidad en pacientes pediátricos.
12:30 hrs	Preguntas Jornada AM.
13:00 – 14:00 hrs.	Almuerzo.
14:00 hrs.	Manejo inicial paciente con fractura facial.
15:00 hrs.	Workshop práctico
16:30 hrs.	Cierre de Jornada: palabras finales.





Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Reconocimiento 40 años de profesión Dra Graciela Rojas





Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Cena y Fiesta del Dia de la Odontología





Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Cena y Fiesta del Dia de la Odontología





Colegio de Cirujano Dentistas de Chile de Chile A.G.

Entrega de recetarios a colegiados

CONSEJO REGIONAL
COYHAIQUE
Colegio de Cirujano
Dentistas de Chile A.G.

Nombre: _____
Rut: _____ Edad: _____ años
Diagnóstico _____ Fecha: __/__/__

Rp.

Firma Odontólogo
RCD: _____

COLDENT Sello de Calidad y Ética

CONSEJO REGIONAL
COYHAIQUE
Colegio de Cirujano
Dentistas de Chile A.G.

Nombre: _____
Rut: _____ Edad: _____ años
Diagnóstico _____ Fecha: __/__/__

Rp.

Firma Odontólogo
RCD: _____

COLDENT Sello de Calidad y Ética

CONSEJO REGIONAL
COYHAIQUE
Colegio de Cirujano
Dentistas de Chile A.G.

Nombre: _____
Rut: _____ Edad: _____ años
Diagnóstico _____ Fecha: __/__/__

Rp.

Firma Odontólogo
RCD: _____

COLDENT Sello de Calidad y Ética



