



CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

(Forma SO-001)

Revisión Octubre 2018



Según establece la Ley Núm. 63 del 2017, es requisito de matrícula para los grados K, 2, 4, 6, 8 y 10mo de las escuelas de Puerto Rico el presentar certificado de salud oral.

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE							
Nombre del estudiante				Sexo		Edad	Grado que cursa
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Dirección física		Dirección postal				Teléfonos	
						()	
						()	
Nombre del padre, madre o encargado							
Relación con el menor				Correo electrónico			
<p align="center">II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista)</p> <input type="checkbox"/> SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL Fecha (día-mes-año): / / <input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene							
III. RECOMENDACIONES:							
<input type="checkbox"/> Cuidado dental regular de rutina		<input type="checkbox"/> Tratamiento adicional al de rutina			<input type="checkbox"/> Referido para tratamiento especializado		
<input type="checkbox"/> NECESITA TRATAMIENTO URGENTE							
<input type="checkbox"/> se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día : ____ / ____ / ____ Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución Ilena Sección V) Nombre del Doctor: _____ Área de especialidad: _____			
IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR							
Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados							
Nombre del dentista						Número de licencia	
Dirección física de la oficina						Teléfonos	
						()	
						()	
Firma		Fecha día / mes / año		Correo electrónico			
V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE							
<input type="checkbox"/> NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____							
<input type="checkbox"/> Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ Día Mes Año Nombre del doctor							
Nombre de la persona que otorga la información				Nombre del funcionario escolar que recopila la información			
Firma de la persona que otorga la información				Fecha (día – mes – año) ____ / ____ / ____			

