



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	F	
Dirección física		Dirección postal		Teléfonos () ()	
Nombre del padre, madre o encargado					
Relación con el menor			Correo electrónico		
II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista)					
<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 llena 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					
NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____					
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) ___ / ___ / ___		

