



# 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							
<b>Nombre del estudiante</b>				<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	<b>Grado que cursa</b>
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"><b>II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista)</b></p> <input type="checkbox"/> <b>SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL</b> <span style="float: right;">Fecha (día-mes-año):    /    /</span> <input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene							
<b>III. RECOMENDACIONES:</b>							
<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"/> <b>NECESITA TRATAMIENTO URGENTE</b>							
<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: _____			
<b>IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR</b>							
Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados							
<b>Nombre del dentista</b>						<b>Número de licencia</b>	
<b>Dirección física de la oficina</b>						<b>Teléfonos</b>	
						( )	
						( )	
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b> día / mes / año		<b>Correo electrónico</b>			
<b>V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE</b>							
<input type="checkbox"/> <b>NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón:</b> _____							
<input type="checkbox"/> <b>Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día</b> ____ / ____ / ____ <b>con:</b> _____ Día    Mes    Año <span style="float: right;">Nombre del doctor</span>							
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) ____ / ____ / ____			

