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 Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	**Sexo** F	M	**Edad**	**Grado que cursa**

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)

☐ **SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL** Fecha (día-mes-año): / /

☐ Se ofreció orientación de prevención e higiene

III. RECOMENDACIONES:

☐ Cuidado dental regular de rutina	☐ Tratamiento adicional al de rutina	☐ Referido para tratamiento especializado

☐ NECESITA TRATAMIENTO URGENTE

☐ se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día : ____ /____ /____ Día / Mes / Año	☐ * 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) _____ / ____ / ____

DEPARTAMENTO DE SALUD
PO Box 70184,
San Juan, PR 00936-8184

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
PO Box 190759,
San Juan, PR 00919-0759