



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		M		
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								
<p align="center">III. RECOMENDACIONES:</p> <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 : ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center;">Día / Mes / Año</div> <input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución Ilena Sección V) Nombre del Doctor: _____ Área de especialidad: _____								
<p align="center">IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR</p> 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			
<p align="center">V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE</p> <input type="checkbox"/> NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____ <input type="checkbox"/> Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año Nombre del doctor </div>								
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