



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
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						
<p align="center">□ NECESITA TRATAMIENTO URGENTE</p> <input type="checkbox"/> se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día: ____ / ____ / ____ <small>Día / Mes / Año</small>						
<input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución llena 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: _____ <small>Día Mes Año</small> <small>Nombre del doctor</small>						
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