



San Juan, Puerto Rico
00936
www.salud.gov.pr

CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

Nombre del menor Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		Sexo		Edad	Grado que cursa
		F	M		
Dirección física	Dirección postal	Teléfonos			
		()			
		()			
Nombre del padre, madre o encargado		Relación con el menor			
EXAMEN ORAL					
<input type="checkbox"/> SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL		RECOMENDACIONES :			
Fecha: Día / Mes / Año		<input type="checkbox"/> Cuidado dental regular de rutina			
<input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene		<input type="checkbox"/> Necesita tratamiento dental adicional al de rutina			
<input type="checkbox"/> Se refirió al paciente para tratamiento		<input type="checkbox"/> URGENTE			
CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR					
Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados					
Nombre del dentista				Número de licencia	
Dirección del dentista				Teléfonos	
				()	
				()	
Firma				Fecha	
				Día / Mes / Año	