



PO Box 70184
San Juan, Puerto Rico 00936
www.salud.gov.pr

CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

Nombre del menor 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		
EXAMEN ORAL					
<input type="checkbox"/> SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL Fecha: Día / Mes / Año			RECOMENDACIONES :		
<input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene			<input type="checkbox"/> Cuidado dental regular de rutina		
<input type="checkbox"/> Se refirió al paciente para tratamiento			<input type="checkbox"/> Necesita tratamiento dental adicional al de rutina		
			<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	



Solamente para los estudiantes que se matriculen en K, 2, 4, 6, 8 y 10mo grados.
Sin este documento, no se completa matrícula.