



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

## CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

<b>Nombre del menor</b>		<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	<b>Grado que cursa</b>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
		<b>F</b>		<b>M</b>	
<b>Dirección física</b>		<b>Dirección postal</b>		<b>Teléfonos</b>	
				( )	
				( )	
<b>Nombre del padre, madre o encargado</b>			<b>Relación con el menor</b>		
<b>EXAMEN ORAL</b>					
<input type="checkbox"/> <b>SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL</b>			<b>RECOMENDACIONES :</b>		
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"/> <b>URGENTE</b>		
<b>CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR</b>					
Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados					
<b>Nombre del dentista</b>				<b>Número de licencia</b>	
<b>Dirección del dentista</b>				<b>Teléfonos</b>	
				( )	
				( )	
<b>Firma</b>				<b>Fecha</b>	
Día / Mes / Año					



COALICIÓN DE SALUD ORAL  
DE PUERTO RICO