



CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

(Forma SO-001)

Revisión Agosto 2022

DEPARTAMENTO DE
SALUD



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 examen 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: | | | |
| | | | | | | | |
| II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL | | | | Fecha (día/mes/año): ____ / ____ / ____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene | | | | | | | |
| III. RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <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: ____ / ____ / ____ Día / Mes / Año | | | | <input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución llena Sección V) | | | |
| | | | | Nombre del Doctor: _____ | | | |
| | | | | Área de especialidad: _____ | | | |
| IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR | | | | | | | |
| 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: | | | |
| | | | | | | | |
| V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE | | | | | | | |
| NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____ | | | | | | | |
| Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ | | | | | | | |
| | | | | Día Mes Año Nombre del doctor | | | |
| 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) ____ / ____ / ____ | | |

