

Departamento de Salud
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

SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL

Fecha: Día / Mes / Año

Se ofreció orientación de prevención e higiene

Se refirió al paciente para tratamiento

RECOMENDACIONES :

Cuidado dental regular de rutina

Necesita tratamiento dental adicional al de rutina

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