



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

## CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

<b>Nombre del menor</b> Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre      Inicial		<b>Sexo</b> F      M		<b>Edad</b>	<b>Grado que cursa</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