



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 <input type="checkbox"/> Se ofreció orientación de prevención e higiene <input type="checkbox"/> Se refirió al paciente para tratamiento				RECOMENDACIONES : <input type="checkbox"/> Cuidado dental regular de rutina <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		



COALICIÓN DE SALUD ORAL
DE PUERTO RICO