



# 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							
<b>Nombre del estudiante</b>				<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	<b>Grado que cursa</b>
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"/> <b>SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL</b>				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"/> <b>NECESITA TRATAMIENTO URGENTE</b>							
<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							
<b>Nombre del dentista:</b>				<b>Número de licencia:</b>			
<b>Dirección física de la oficina:</b>				<b>Teléfonos:</b>			
				( )			
				( )			
<b>Firma:</b>		<b>Fecha:</b> ____ / ____ / ____ día / mes / año		<b>Correo electrónico:</b>			
V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE							
<b>NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón:</b> _____							
<b>Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día</b> ____ / ____ / ____ <b>con:</b> _____							
				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) ____ / ____ / ____		

DEPARTAMENTO DE SALUD

PO Box 70184,  
San Juan, PR 00936-8184



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

PO Box 190759,  
San Juan, PR 00919-0759