



# 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: ____ / ____ / ____<br>Día / Mes / Año |                                                     |                                                             |                            | <input type="checkbox"/> * referido para tratamiento urgente a: (*Institución llene 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> ____ / ____ / ____<br>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> _____<br>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