

CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

Nombre del estudiante Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial				Sexo		Edad	Grado que cursa
				F	M		
Dirección física		Dirección postal			Teléfonos		
					()		
					()		
Nombre del padre, madre o encargado				Relación			

EXAMEN ORAL

SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL - Fecha: Día / Mes / Año

Se ofreció orientación de prevención e higiene

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO DENTAL :

<input type="checkbox"/> cuidado regular de rutina	<input type="checkbox"/> tratamiento adicional al de rutina	<input type="checkbox"/> referido para tratamiento especializado
<input type="checkbox"/> Necesita tratamiento urgente		
<input type="checkbox"/> se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día : ___/___/___ <small style="margin-left: 40px;">Día / Mes / Año</small>	<input type="checkbox"/> referido para tratamiento especializado urgente a: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Nombre del doctor:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Área de especialidad:</div>	

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

PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE

<input type="checkbox"/> no tiene cita para tratamiento urgente. Razón:	
<input type="checkbox"/> tiene cita para tratamiento urgente el día ___/___/___ con: _____ <small style="margin-left: 40px;">Día / Mes / Año</small>	nombre del doctor

Nombre y firma de la persona que otorga la información	Nombre del funcionario escolar que recopila la información
Fecha: ___/___/___ <small>Día / Mes / Año</small>	

