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 :

☐cuidado regular de rutina	☐tratamiento adicional al de rutina	☐referido para tratamiento especializado

☐**Necesita tratamiento urgente**

☐se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día : ___/___/____ Día / Mes / Año	☐referido para tratamiento especializado urgente a: **Nombre del doctor:** **Área de especialidad:**

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

☐ no tiene cita para tratamiento urgente.
Razón:

☐tiene cita para tratamiento urgente el día ____/____/_____ con: _____
Día / Mes / Año nombre del doctor

_____ _____
Nombre y firma de la persona que otorga la información Nombre del funcionario escolar que recopila la información

Fecha: ____/____/____
Día / Mes / Año

NOTA IMPORTANTE

El **Certificado de Examen Oral** lo exige el Departamento de Salud, **Ley Núm. 63 del 3 de agosto de 2017**, es un requisito para estar matriculado en el colegio.

Este documento forma parte de la matrícula para el Curso Escolar 2018-2019 para los estudiantes de los siguientes grados; **K, 2, 4, 6, 8** y **10**. Favor entregar el mismo en o antes del **11/Enero/2019.** El mismo tiene validez por dos años.