CERTIFICADO BUCODENTAL

……..……

(nombre y apellido)

D.N.I. Nº……..de……años de edad, ha sido examinado en el día de la fecha presentando …… estado bucodental.

(buen/regular/mal)

Requiere tratamiento odontológico NO SI

Otras observaciones……

……

Fecha:……/……/…….

…….. ……..……

Firma y DNI del padre/madre o responsable legal Firma y sello del profesional