



**ORDEN DE LOS FRAILES MENORES CAPUCHINOS
CUSTODIA DE SAN JUAN BAUTISTA DE PUERTO RICO**

Reporte del Dentista

Certifico que _____, fue evaluado en mi oficina durante el día de hoy, _____ y que se le realizó un examen dental el cual reflejó que _____

Frecuencia de los exámenes: _____

Área examinada	Bueno	Promedio	Pobre
<i>Cuidado de la boca</i>			
<i>Dientes</i>			
<i>Oclusión</i>			
<i>Encías</i>			

Superior – Lado derecho:

Superior – Lado izquierdo:

Inferior – Lado derecho:

Inferior – Lado izquierdo:

X Ha sido extraído

Imp Impactado

O Para ser extraído

Dev Diente desvitalizado

Un Intacto

Temp temporero

DF Empastadura defectuosa

C.O. Corona-oro

Comentarios: _____

¿Está el paciente bajo su cuidado al presente? Sí No

¿Cuándo se terminará el trabajo dental? _____

Trabajo dental completado _____

Información del especialista

Firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Para el solicitante: Autorizo a _____ a compartir la información aquí

(Nombre del médico)

sometida al Comité de Admisiones. Entiendo que la misma será divulgada solamente a los miembros del Comité de Admisiones, los Formadores y al Superior Mayor o Custodio provincial con el propósito de pasar juicio sobre mi idoneidad para formar parte de la Orden de Hermanos Menores Capuchinos y para poder proveer el debido cuidado de ser recibido en la misma.

Firma del solicitante