

Certificación de Revisión Dental

Lugar donde se brindó el servicio: Consultorio dental Hogar de envejecientes

Nombre de la clínica / consultorio:

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

Nombre del dentista: Dr.(a)

Especialidad:

Paciente (adulto mayor):

• Nombre:

• Fecha de nacimiento:

• Documento de identidad (Lic. / SSN / otro):

• Centro residencial o casa de cuidado al que pertenece:

• Dirección del centro:

• Fecha de ingreso al centro (si corresponde):

Visita de revisión dental:

• Fecha de la visita:

• Motivo de la visita:

Evaluación inicial de ingreso al centro (dentro de los primeros 60 días)

Revisión dental anual según Ley 79-2025

Otra (especifique):

Certificación de Revisión Dental

Hallazgos clínicos y observaciones:

Tratamientos realizados (si los hubo):

Recomendaciones / seguimiento:

Certificación:

Yo, el/la suscrito(a) Dr.(a), con registro profesional número, certifico que he realizado la revisión dental al paciente arriba identificado, en fecha . Con ello, cumplo con los requisitos de la Ley 79-2025 para la persona mayor bajo cuidado en un establecimiento residencial. Además, atestiguo que los datos consignados en este formulario son veraces según mi conocimiento profesional.

Firma del dentista: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Sello profesional: _____

Favor de conservar este certificado en el expediente del residente y facilite una copia al paciente o representante legal, según aplique, para efectos de cumplimiento con la Ley 79-2025.