



**Certificado bucodental**

Buenos Aires .....de ..... de 20...

Certifico haber examinado a.....con DNIquien se encuentra en condiciones .....de salud bucal. Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San Vicente de Paul.

.....  
**Firma del profesional**

.....  
**Sellos aclaratorio y N° de matrícula**

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.

Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

.....  
Firma del padre, madre o tutor

.....  
Aclaración