

CERTIFICACIÓN ANUAL DE EXAMEN DENTAL

Lea las instrucciones atentamente. Usted y su dentista deben completar este formulario. Se requiere completar este formulario para la prueba de su examen dental anual. Devuelva el formulario completo a Recursos Humanos junto con todas las demás certificaciones.

A) Completado por el Empleado

Apellido	Primer Nombre	Inicial
XXX-XX- ____ ____ ____ ____		
Ultimo 4 numeros del Numero de Seguro Social		

Certifico que completé un examen dental anual con mi dentista.

Firma: _____

Empleado

Fecha

B) Completado por el Dentista

CERTIFICADO

El empleado mencionado anteriormente recibió un examen dental anual en la fecha que se indica a continuación.

Dentista con licencia (número)	
Día del examen	Número de licencia
Firma del dentista	Fecha

DENTIST: PLEASE GIVE THIS FORM BACK TO THE PATIENT/EMPLOYEE

ANNUAL DENTAL EXAMINATION CERTIFICATION

Read instructions carefully. You and your dentist must complete this form. Completion of this form is required for proof of your annual dental examination. Return completed form to Human Resources along with all other certifications to Human Resources.

A) To be completed by the Employee

Last Name	First Name	Middle Initial
XXX-XX- _____		
Last 4 Digits of Social Security Number		

I certify that I completed an annual dental examination with my dentist.

Signed: _____

Employee

Date

B) To be completed by the Dentist

CERTIFICATION

The above-named employee received an annual dental examination on the date indicated below.

Licensed Dentist (Print)	
Date of Exam	License Number
Dentist Signature	Date

DENTIST: PLEASE GIVE THIS FORM BACK TO THE PATIENT/EMPLOYEE