



## Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de MEDICO VETERINARIO

### DECLARACION JURADA

Adhiera Fotografía  
Reciente  
Aquí  
2 x 2

COMPARECE \_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_ e identificado mediante

\_\_\_\_\_  
Clase de identificación

\_\_\_\_\_  
Número

**Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente Bajo **JURAMENTO** expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

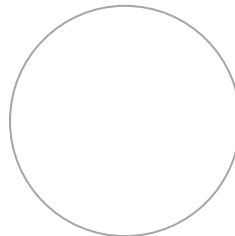
Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO** cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
en \_\_\_\_\_.

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

**SELLO DEL NOTARIO**

---

**JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO**

P.O. Box 10200, San Juan, PR 00908

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605 Email: [cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)

**El Solicitante debe contestar todas las preguntas en forma legible, completa y precisa, en tinta o a maquina. Se rechazarán o devolverán las solicitudes incompletas al solicitante para que sean completadas.**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 (Ciudad, Estado, País)

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección Física Actual \_\_\_\_\_  
 (Núm., Calle, Urb., Ciudad, Etc.)

Dirección Postal en PR \_\_\_\_\_

**Deseo tomar el Examen de Reválida en (indique su preferencia):**

Inglés  Español

**Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.**

Intereso  No Intereso

**En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.**

**Descripción del Solicitante**

Color de pelo: \_\_\_\_\_ Color de ojos: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Rasgos distintos y/o cicatrices: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de Médico Veterinario

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? Si  No

Si naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización, y detalles del certificado de naturalización.

2. ¿Ha cambiado su nombre / apellido alguna vez? Si  No

Si la contestación es (Si), adjunte una copia certificada de la orden del tribunal en donde se cambió el nombre o apellido.

3. ¿Ha utilizado alguna vez otro nombre? Si  No

Si la contestación es (Si), adjunte una hoja aparte y de detalles completos.

4. ¿Ha sido convicto de, o acusado de, cualquier medicina veterinaria en otro estado o país?

Si  No

Si la contestación es (Si), indique detalles pertinentes completos en una hoja aparte.

5. ¿Ha sido licenciado para practicar medicina veterinaria en otro estado o país?

Si  No

Si la contestación es (Si), adjunte un **Certificado de "Good Standing"** de cada Estado donde es licenciado, en una hoja aparte y de detalles particulares, incluyendo número de licencia, fecha de expedición, proceso para obtenerla, número de años de práctica en cada jurisdicción y el estado actual de cada una.

6. ¿Ha sido oficialmente reprendido, su licencia suspendida o revocada, ha sido despedido de o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia para practicar Medicina Veterinaria?

Si  No

Si la contestación es (Si), adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales.

7. ¿Ha fracasado alguna vez un examen de licenciatura? Si  No

Si la contestación es (Si), indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.

8. ¿Ha practicado Medicina Veterinaria sin una licencia en Puerto Rico o en cualquier estado?

Si  No

9. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para la práctica de Medicina Veterinaria en Puerto Rico?

Si  No

**Educación de Escuela Superior****Institución****Periodo**

Primer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segundo Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tercer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuarto Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Grado Obtenido**\_\_\_\_\_  
**Fecha**\_\_\_\_\_  
**Institución****Universidad o Educación Medica Pre veterinaria****Institución****Periodo**

Primer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segundo Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tercer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuarto Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He completado \_\_\_\_\_ créditos de universidad y/o estudios médicos pre-veterinarios, como lo certifica la transcripción incluida con esta solicitud. He recibido el grado de:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en  
**(Nombre de la Universidad)**

\_\_\_\_\_ como lo indica la copia fotostática de tal documento incluida con esta solicitud.  
**(Fecha completa)**

**Educación Medica Veterinaria Profesional****Institución****Periodo**

Primer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segundo Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tercer Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuarto Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He completado \_\_\_\_\_ créditos del currículo médico veterinario profesional en

\_\_\_\_\_ y recibido el grado de  
**(Nombre de la Universidad)**

\_\_\_\_\_ de la misma en \_\_\_\_\_

**Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de  
MEDICO VETERINARIO**

**Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante**

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a \_\_\_\_\_  
por \_\_\_\_\_ años, que considero que dicho/a \_\_\_\_\_ es de  
buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos  
Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una  
licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además,  
Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma del deponente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Dirección Postal y Física)

\_\_\_\_\_  
(Número Licencia)

\_\_\_\_\_  
(Ocupación)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de  
MÉDICO VETERINARIO**

**Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante**

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a \_\_\_\_\_  
por \_\_\_\_\_ años, que considero que dicho/a \_\_\_\_\_ es de  
buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos  
Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una  
licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además,  
Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma del deponente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Dirección Postal y Física)

\_\_\_\_\_  
(Número Licencia)

\_\_\_\_\_  
(Ocupación)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



**Oficina de Reglamentación y Certificación de los  
Profesionales de la Salud**

**JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS  
DE PUERTO RICO**

**Certificado de Graduación**

Por este medio CERTIFICO a la Junta de Examinadores Médicos Veterinarios de Puerto Rico que \_\_\_\_\_ está registrado/a en \_\_\_\_\_ y asistió \_\_\_\_\_ cursos de instrucción que dicho/a \_\_\_\_\_ se graduó del mismo con el grado de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_; Además CERTIFICO que la fotografía autografiada pegada a este certificado es el verdadero parecido de la persona idéntica a quien se otorgó originalmente dicho diploma.

Adhiera Fotografía  
Reciente  
Autografiada

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma del Decano)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Certificación)

Sello Oficial de la Escuela / Universidad  
en este espacio

Acción tomada por:

**JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS  
VETERINARIOS DE PUERTO RICO**

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: \_\_\_\_\_

Denegada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro



## REQUISITOS

- \_\_\_ 1. **SOLICITUD** debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- \_\_\_ 2. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Escuela Superior.
- \_\_\_ 3. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Médicos Veterinario.
- \_\_\_ 4. **COPIA** del diploma y/o **COPIA** de la transcripción de cursos de nivel universitario pre-veterinario del aspirante.
- \_\_\_ 5. **ORIGINAL Y OFICIAL** Transcripción de Créditos y la Certificación de Grado conferido de la universidad donde realizó sus estudios de doctorado.

**Ambas deberán ser enviadas por la universidad directamente a:**

**JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO  
PO BOX 10200  
SAN JUAN, PR 00908-0200**

- \_\_\_ 6. Dos (2) **fotos**, tipo pasaporte, tomadas dentro de los seis (6) meses precedentes a la fecha de solicitud.
- \_\_\_ 7. **ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de Nacimiento (Si usted nació e Puerto Rico, debe presentar un certificado de nacimiento que haya sido impreso luego de julio 2010).
- \_\_\_ 8. **ORIGINAL Y COPIA** de Licencia de Conducir vigente o Pasaporte vigente.
- \_\_\_ 9. **Certificado de Antecedentes** Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los TREINTA (30) días precedentes a la fecha de radicación.
- \_\_\_ 10. Cada solicitante presentará en su solicitud dos (2) **declaraciones juradas** por veterinarios licenciados en Puerto Rico sobre el buen carácter moral del aspirante.
- \_\_\_ 11. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** por la cantidad de **\$100.00** dólares (no reembolsables) a nombre del **Secretario de Hacienda de Puerto Rico** por derecho a examen.
- \_\_\_ 12. Solicitantes de escuelas no reconocidas traer:

**Certificado de “ECFVG Program”, o Certificado Programa PAVE, o Certificación de Año de Capacitación Clínica**

- \_\_\_ 13. Resultados del NAVLE **debe ser enviado directamente por la “American Association of Veterinary State Boards (AAVSB)”**.

**JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO**

P.O. Box 10200 San Juan, PR 00908

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605 Email: [cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)

**\_\_\_\_ 14. En caso de extranjero:**

- Prueba de Ciudadanía Americana o Naturalización Oficial del Consulado/ Embajada, Certificado de Residencia o Permanencia.
- Resultados prueba TSE y TOEFL o IELTS (**prueba de dominio del inglés, válido por dos años**).

**\_\_\_\_ 15. Dos (2) sobres Pre-dirigidos con sello postal.** (Sobres blancos regulares con su nombre y dirección en la parte del destinatario y deje en blanco la parte del remitente)**LOCALIZACION: OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE PROFESIONALES DE SALUD**

CALLE PONCE DE LEÓN #1590 EN LA CARR. #1 DE CAGUAS A RÍO PIEDRAS  
FRENTE AL ANTIGUO EDIFICIO DE LA ELECTRÓNICA