



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Auxiliar Secretary for Public Health Regulation
Division of Licensing of Medicine and Health Professionals

**“NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION”
(NAVLE)**

Warning: Any false statement knowingly made by the applicant or conveyed at by him in any clause in this application, shall be sufficient cause for rejection or revocation of license after it has been granted.

AFFIDAVIT

Affix a passport type autographed photograph of applicant, taken not more than six (6) months previous to date of application

Complete applicant names
Social Security Number XXX-XX-_____ and identified by _____ Number _____
(Class of identification)

State or Territory _____

City _____

I _____, being duly sworn, state that I am the person referred to in this application that the statements here in container are true in every respect, that the attached photograph is a true likeness of myself taken within the last six month.

Signature of applicant

SUBSCRIBED AND SWORN TO BEFORE ME this ____ day of ____.
Witness my hand and seal hereunto attached.

AFFIDAVIT No. _____

Signature of Notary Public

(Seal)

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

El Solicitante debe contestar todas las preguntas en forma legible, completa y precisa, en tinta o a maquinilla. Se rechazarán o devolverán las solicitudes incompletas al solicitante para que se complete.

Nombre del Solicitante _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad _____ Seguro Social: XXX-XX-_____ E-mail: _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento _____
(Ciudad, Estado, País)

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

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

Dirección Postal en P.R. _____

Descripción del Solicitante

Color de pelo: _____ Color de ojos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Rasgos distintos y/o cicatrices: _____

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 cambio el nombre o apellido.

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 aquí o 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, como fue licenciado, fecha y 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.

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 Preveterinaria

Institución

Periodo

Primer Año _____

Segundo Año _____

Tercer Año _____

Cuarto Año _____

He completado _____ créditos de universidad y/o estudios médicos preveterinarios, como lo certifica la transcripción incluida con esta solicitud. He recibido el grado de _____ de _____

(Nombre de la Universidad)

en _____ como lo indica la copia fotostática de tal documento

(Fecha completa)

incluida con esta solicitud.

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Educación Medica Veterinaria Profesional

Institución

Periodo

Primer Año _____

Segundo Año _____

Tercer Año _____

Cuarto Año _____

He completado _____ créditos del currículo médico veterinario profesional en

(Nombre de la Universidad)

y recibido el grado de _____ en _____
(Día) (Mes) (Año)

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

 787 – 999 – 8989

 www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUISITOS:

- _____ **1. Solicitud** "North Veterinary Licensing Examination Application".
- _____ **2. Solicitud juramentada** de examen Nacional de Puerto Rico.
- _____ **3. Giro postal** por derecho a examen del "North American Veterinary Licensing Examination" (**NAVLE**)
_____ **\$100.00** pagadero a Secretario de Hacienda (Pago por derecho de solicitud) (**NO REEMBOLSABLES**)
- _____ **4.** Estar inscrito en el Programa "Educational Comisión for Foreign Veterinary Graduates" (**ECFVG**), o cumplir con todos los requisitos que exige este programa; o tener certificado Programa PAVE.
Nota: Tiene que haber cumplido con el paso tres (3) (Step 3) o el BCSE (Basic and Clinical Sciences Examination)
- _____ **5. Original y Copia** de Diploma de Médico Veterinario graduado de una escuela acreditada, aprobada o enlistada o documento oficial que indique que es candidato a graduación en el curso presente de una escuela de la categoría antes mencionada. Candidatos graduados de escuelas no acreditadas necesita original y copia de Diploma de Medicina Veterinaria.
- _____ **6. Original** de Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, reciente.
- _____ **7. 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, valido por dos años**).

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA – División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud (Tercer Piso)

Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras
Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica

PUERTO RICO BOARD OF EXAMINERS OF VETERINARY MEDICINE

Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184