



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud  
**Junta Dental Examinadora**

**SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA  
PROFESION DE ASISTENTE DENTAL**

Asistente Dental con Funciones Expandidas \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

**DECLARACION JURADA**

**COMPARECE** \_\_\_\_\_

Nombre completo del solicitante (En letra de molde)

Seguro Social \_\_\_\_\_ 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 DENTAL EXAMINADORA 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.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

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

**AFIDAVIT NUM:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Notario**

**Sello Asistencia Legal**

**Sello del  
Notario**

**JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**

P.O. Box 10200, San Juan, PR 00908-0200

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

ENERO/2026

## **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre                      Inicial

**DIRECCION PERMANENTE:** \_\_\_\_\_  
Núm. y Calle                      Barrio o Urbanización                      Pueblo                      Zip Code

**DIRECCION POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONOS:** RES. \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_ **EMAIL:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **LUGAR:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año                      Ciudad                      Estado o País

**¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS?** \_\_\_\_\_ De contestar en la negativa, indique si usted es:  
\_\_\_\_\_ NATURALIZADO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ RESIDENTE \_\_\_\_\_  
Número de certificado                      Número de tarjeta

**¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO?** \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha y lugar del cambio                      Razón del cambio                      Nombre y/o apellido original

**¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO?** \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Naturaleza del delito                      Lugar y fecha                      Estatus

**(Utilice pliego o documento aparte para información adicional, de ser necesario)**

**¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA?** \_\_\_\_\_  
De contestar en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las condiciones de la misma a la fecha de esta solicitud.

**Intereso tomar el examen en:** Español ☐ Inglés ☐

**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 .**

## **CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA MORAL**

Los abajo firmantes **CERTIFICAMOS** a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO** que conocemos personalmente a \_\_\_\_\_ y que nos consta de propio conocimiento que es una persona respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de asistente dental.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

## **EDUCACION ACADEMICA**

\_\_\_\_\_  
Escuela Superior

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Fecha de graduación

\_\_\_\_\_  
Curso de Asistente Dental (Institución)

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Fecha de graduación

# Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

## JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

### INFORMACION PERSONAL:

_____ Primer Apellido	_____ Segundo Apellido	_____ Primer Nombre	_____ Inicial
_____ Seguro Social *Últimos 4 dígitos	_____ Fecha de Nacimiento DD/MM/YYYY	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>

Ciudadanía: \_\_\_\_\_

_____ Teléfono Celular	_____ Teléfono Hogar	_____ Teléfono Trabajo
---------------------------	-------------------------	---------------------------

\_\_\_\_\_  
Email (Ejemplo: [user@yahoo.com](mailto:user@yahoo.com))

### Información de Contacto:

Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad, País Código Postal

Acomodo Razonable: ☐ Si ☐ No

Número de Intento: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado Obtenido: Técnico \_\_\_\_\_ Asociado \_\_\_\_\_

Proveedor de Repaso: \_\_\_\_\_

Visto Bueno: \_\_\_\_\_

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

### Examen a Tomar:

- ☐ Todas las Partes
- ☐ Examen Práctico de Radiografía
- ☐ Examen Práctico de Instrumentación y Equipo
- ☐ Examen Teórico

Idioma: ☐ Inglés ☐ Español

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

**ACCION TOMADA POR LA JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**

**ASISTENTE DENTAL**

**ESTA SOLICITUD HA SIDO:**

☐

**APROBADA**

☐

**DENEGADA**

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

FECHA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_  
(Asistente Dental)

## REQUISITOS QUE DEBE ACOMPAÑAR CON ESTA SOLICITUD

**\*\*No se aceptarán solicitudes incompletas\*\***

1. **SOLICITUD** cumplimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto. (*La Buena Conducta Moral debe ser completada por dos personas que le conozcan y que **no** sean miembros de su familia*)
2. **ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de Nacimiento (Nuevo/Azul). Los solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.
3. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta (30) días a la fecha en que presenta su solicitud.
4. **ORIGINAL Y COPIA** del diploma o certificado de Escuela Superior. En caso de que no pueda presentar el diploma o certificado, éstos pueden ser sustituidos por una transcripción oficial de créditos en original.
5. Copia de su identificación – Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte.
6. **UN SOBRE pre-dirigido** con sello postal.
7. **ORIGINAL** de Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación del curso de Asistente Dental. Estos deben ser enviados por la institución directamente a la oficina de la Junta a la siguiente dirección:

### JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

PO Box 10200

San Juan, PR 00908-0200

8. **PAGO** por la cantidad de **\$30.00** dólares (**No reembolsables**) por derecho a:

- Examen para Asistente Dental:
  - Examen Teórico
  - Examen de Instrumentos
  - Examen de Radiografías } **\$5.00 dólares**
- Certificado de Asistente Dental con Funciones Expandidas - **\$25.00 dólares**

**Métodos de pago:** ATH, Visa, MasterCard o Giro (postal o bancario) a favor de Secretario de Hacienda de PR.

9. **Usted pagara a Didaxis** por la cantidad de **\$70.00** dólares (No reembolsables) a la Compañía Didaxis, que es la compañía que ofrece el examen de reválida) **Este pago será efectuado cuando la compañía le contacte.**

10. **Es requerido obtener una cita en Turnos PR:**

Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



11. **Para acceso a nuestro portal:**

Link del portal de salud: <https://www.salud.pr.gov/CMS/444>



Información de contacto: **Cindy Reyes, secretaria de la Junta Dental** Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605

Email: [cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)

**División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud**

**Edificio GM Group (Tercer Piso)**

Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras

Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica