



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

Asistente Dental con Funciones Expandidas _____

Fecha de entrega: _____

DECLARACION JURADA

COMPARCE _____ 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

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:

_____ / _____ 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)		

Información de Contacto:

Dirección Postal

Examen a Tomar:

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

Ciudad, País Código Postal

Examen Teórico

Acomodo Razonable: Si No

Idioma: Inglés Español

Número de Intento: _____

Año de Graduación: _____

Institución de Procedencia: _____

Grado Obtenido: Técnico _____ Asociado _____

Proveedor de Repaso: _____

Visto Bueno: _____

Fecha: _____

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

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