DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

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

Asistente Dental con Funciones Expandidas _____ **Fecha de entrega:** _____

DECLARACION JURADA

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE
2 X 2

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

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBREDELSOLICITANTE: _____ _____ _____ _____
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**

_____ _____ **F** ☐ **M** ☐

Seguro Social **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **DD/MM/YYYY**

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

_____

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:
Dirección Postal

_____

_____

_____

_____

Ciudad, País Código Postal

Examen a Tomar:

☐ Todas las Partes

☐ Examen Práctico de Radiografía

☐ Examen Práctico de Instrumentación y Equipo

☐ 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 00902-0200

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