



**SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA DENTISTAS
FACULTATIVOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DENTAL**

Solo para Dentistas Extranjeros, no licenciados en PR, EEUU y Cánada

DECLARACIÓN JURADA

COMPAРЕCE _____

Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX _____ **e identificado mediante**

, mayor de edad,

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 conoce 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 la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su licencia y para ampliar, aclarar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de _____,
en _____.

AFIDÁVIT NÚM: _____

Firma del Notario

SELLO DE ASISTENCIA LEGAL

**SELLO DEL
NOTARIO**

Solicitud de Licencia Provisional Limitada para Dentistas Facultativos
Página 2

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Solicitante:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____
Inicial _____

Dirección Permanente: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Res. _____ Celular: _____

Email: _____

Estatura: _____ Color de Cabello: _____ Color de Ojos: _____

Peso: _____ Señas Particulares: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Lugar _____ / _____
Ciudad Estado o País

1. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? _____ De contestar en la negativa, indique si usted es:

Naturalizado _____ Residente _____
Número de Certificado _____ Número de Tarjeta _____

2. ¿Ha sido cambiado su nombre o su apellido? _____ De Contestar En La Afirmativa, Indique:

Fecha y Lugar del Cambio Razón del Cambio Nombre Y/O Apellido Original

3. ¿Ha sido usted convicto de algún delito? _____ De contestar en la afirmativa, indique:

Naturaleza Del Delito Lugar Y Fecha Estatus
Utilice Pliego o Documento Aparte Para Información Adicional, De Ser Necesario

4. ¿Ha padecido o padece usted de alguna enfermedad o condición contagiosa? _____

De contestar en la afirmativa, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y las condiciones de esta a la fecha de esta solicitud.

Solicitud de Licencia Provisional Limitada para Dentistas Facultativos
Página 3

5. ¿Ha sido licenciado para practicar la odontología 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 o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia para practicar la odontología?

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 la odontología 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 la odontología en Puerto Rico?

Si No

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

PERÍODO DE ESTUDIOS

Primer Año _____

Período _____

Segundo Año _____

Período _____

Tercer Año _____

Período _____

Cuarto Año _____

Período _____

Est. Especial _____

Período _____

Solicitud de Licencia Provisional Limitada para Dentistas Facultativos
Página 4

EDUCACIÓN DENTAL

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

PERIODO DE ESTUDIOS

Primer Año _____ Periodo _____

Segundo Año _____ Período _____

Tercer Año _____ Período _____

Cuarto Año _____ Período _____

Grado Obtenido _____ Institución Educativa _____ Fecha _____

CERTIFICADO MÉDICO

Yo, _____, médico autorizado a ejercer
Nombre del médico en letra legible

en _____ mediante la licencia número _____, expedida por
Estado/País _____ Núm. Licencia _____

_____, CERTIFICO que he examinado a;
Autoridad que le expidió la licencia

_____, encontrándole en
Nombre del solicitante en letra legible

buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Fecha

Firma del médico

CONSENTIMIENTO

A la Honorable Junta Dental Examinadora de Puerto Rico.

Yo, _____, solicito la licencia limitada de facultad con el único propósito de ejercer como profesor facultativo en la Escuela de Medicina Dental de _____ y obtener privilegios de hospital en los Centros de Enseñanza para dentistas y sus especialidades de la Escuela de Medicina Dental.

Reconozco que esta licencia no me autoriza a ejercer la profesión en la práctica privada, ya que se emite solo con el propósito de educación y de enseñanza.

Para, que así conste, firmo, hoy, _____ de _____.

Dentista solicitando licencia provisional limitada facultativa

PARA USO DE LA JUNTA DENTAL EXAMINADORA

HOJA DE EVALUACION Y COTEJO - PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: _____

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN

DENEGADA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha de Evaluación

Razón: _____

LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA DENTISTAS FACULTATIVOS

Solo para Dentistas Extranjeros, no licenciados en PR, EEUU y Cánada

REQUISITOS

- 1. Solicitud** oficial cumplimentada en todas sus partes.
- 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 y/o por el organismo correspondiente del país de origen. (La Junta podrá requerir ambos.) Este documento debe haber sido expedido durante los últimos treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- 4. Certificación negativa de deuda de pensión alimenticia**, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de un mes previo al registro de su licencia, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
- 5. Presentar identificación vigente** (licencia de conducir, pasaporte, ID militar, ID del CESCO digital debe estar impreso)
6. Presentar a la Junta evidencia de haber sido contratado(a) como Docente con rango académico por una Escuela de Medicina Dental debidamente acreditada (CODA) en Puerto Rico.
7. Presentar original y copia del diploma de Doctorado en Odontología y copia de las transcripciones de la Escuela de Medicina Dental de donde se graduó.
8. **PAGO** por la cantidad de **\$15.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa, MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de “Secretario de Hacienda” de Puerto Rico

EXAMEN DE ETICA Y JURISPRUDENCIA: Este examen se será ofrecido por la Junta Dental. Una vez su expediente este aprobado, se le citará a la próxima fecha disponible para examen.

No se dará curso a la solicitud hasta tanto el aspirante haya presentado **TODOS** los documentos que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos de admisión, según éstos detallados en este documento.

Dirección Postal: **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**
P. O. BOX 10200
SAN JUAN, PR. 00908-0200

Dirección Física: **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

Contacto: **Cindy L. Reyes Santiago**
Teléfono: **(787) 765-2929 Ext. 6605**
Correo Electrónico: **cindy.reyes@salud.pr.gov**

***Para entregar la solicitud, documentos y/o realizar gestiones en nuestras facilidades:**

Para citas:

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



Para acceso a nuestro portal:

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

