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

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

Adhiera Fotografía Reciente 2 x 2

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
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

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SAN JUAN PR 00908-0200
787-765-2929 ext. 6605 cindy.reyes@salud.pr.gov

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: _____ /_____ /_____ Lugar_____ /_____
Día Mes Año 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.

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	PERIODO DE ESTUDIOS
Primer Año	_____	Periodo_____
Segundo Año	_____	Período_____
Tercer Año	_____	Período_____
Cuarto Año	_____	Período_____
Est. Especial	_____	Período_____

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 EXAMIANDORA

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

_____ Razón: _____
Fecha de Evaluación

_____

_____

LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA DENTISTAS FACULTATIVOS

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. **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