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

Foto 2 X 2
Autografiada

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

PROGRAMA POST DOCTORAL DE ESCUELA DE MEDICINA DENTAL

Por la presente solicito se me expida una licencia provisional como Dentista admitido a programa postdoctoral en: _____ en la Escuela de Medicina Dental de:
Programa al que fue admitido

_____.
Institución Académica

Comenzando en _____ Terminando en _____
Fecha Fecha

A estos efectos, someto la siguiente información:

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle Número Urbanización

_____
Pueblo País Zip Code

Teléfono res. : _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ _____
Día Mes Año Ciudad y/o País

Núm. Seguro Social _____

Ciudadanía: Estados Unidos ☐ Sí ☐ No Otra: ☐

Extranjeros: _____
Número de permiso de entrada o de residente y fecha de expedición

Institución donde se graduó: _____

Fecha de Graduación: _____

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 0908
cindy.reyes@salud.pr.gov

CERTIFICADO MEDICO

YO, _____, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____, encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____

Firma del Médico *Fecha*

¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún otro estado o país? Sí _____ No _____

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol? Sí _____ No _____

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo? Sí _____ No _____

¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, la acupuntura, alguna especialidad no certificada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica o cualquier otra profesión en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí _____ No _____

¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza municipal? Sí _____ No _____

CERTIFICO: Que la información aquí suministrada es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa o incorrecta ofrecida por mí en esta solicitud puede ser causa para denegar la misma y/o para iniciar un proceso disciplinario en mi contra.

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

PARA USO JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
P O. Box 10200, San Juan, Puerto Rico
Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605 Email: cindy.reyes@salud.pr.gov

REQUISITOS

(PARA SOMETER CON ESTA SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL)

1. Certificación de haber sido admitido en programa postdoctoral en la Escuela de Medicina Doctoral de la Universidad de Puerto Rico.
2. Certificación del Decano de la Escuela de Medicina Dental con fecha de comienzo y graduación del mismo.
3. Pago **no reembolsable** por la cantidad de QUINCE ($15.00) DOLARES. Puede efectuarse en giro postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA (ej. Money Order o Money Gram), cheque certificado, ATH, VISA o MASTERCARD.
4. Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico en original. (mes de la solicitud)
5. Una (1) foto 2 X 2 firmada.
6. Copia de Identificación con foto (Licencia de Conducir, Identificación DTOP o Pasaporte).
7. Deberá hacer cita a través del portal de Turnos PR.

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

NOTA:

Todo dentista que solicite una licencia provisional de programa postdoctoral por primera vez y que no tenga expediente en la Junta Dental Examinadora de PR deberá informarlo para entregarle todos los requisitos requeridos por ley 120 para el trámite de esta.

La Junta Dental Examinadora de Puerto Rico podrá denegar cualquier solicitud de licencia que no cumpla con la Ley.

***Esta solicitud no constituye que su expediente esté completo para la aprobación de una Licencia Provisional Postdoctoral.**

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 0908
cindy.reyes@salud.pr.gov