



**SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL**

**PROGRAMA POST DOCTORAL DE ESCUELA DE MEDICINA DENTAL DE PUERTO RICO**

Por la presente solicito se me expida una licencia provisional como Dentista admitido a programa postdoctoral en \_\_\_\_\_ en la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Puerto Rico:

Comenzando en: \_\_\_\_\_ terminando en \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**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

### 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).

**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.

---

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](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)