DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de
MÉDICO VETERINARIO

DECLARACIÓN JURADA

Adhiera Fotografía
Reciente
Aquí
2 x 2

COMPARECE_____
Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX-_____ 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 EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS 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 Bajo **JURAMENTO** expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS 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.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____de _____de _____,

en _____.

AFFIDAVIT NUM._____

_____
Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO
Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov
PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184
787 – 999 – 8989 www.salud.pr.gov

El Solicitante debe contestar todas las preguntas en forma legible, completa y precisa, en tinta o a maquinilla. Se rechazarán o devolverán las solicitudes incompletas al solicitante para que sean completadas.

Nombre del Solicitante: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad: _____ Seguro Social XXX-XX-_____ Fecha de Nacimiento_____/_____/_____
(Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento _____ Teléfono_____
(Ciudad, Estado, País)

E-mail: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección Física Actual_____
(Núm., Calle, Urb., Ciudad, Etc.)

_____

Dirección Postal en PR_____

_____

Deseo tomar el Examen de Reválida en (indique su preferencia):

Inglés ☐ Español ☐

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.

Descripción del Solicitante

Color de pelo: _____ Color de ojos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Rasgos distintos y/o cicatrices: _____

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? **Si** ☐ **No** ☐

Si naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización, y detalles del certificado de naturalización.

---

2. ¿Ha cambiado su nombre / apellido alguna vez? **Si** ☐ **No** ☐
Si la contestación es **(Si)**, adjunte una copia certificada de la orden del tribunal en donde se cambió el nombre o apellido.

3. ¿Ha utilizado alguna vez otro nombre? **Si** ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Si)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos.

4. ¿Ha sido convicto de, o acusado de, cualquier medicina veterinaria en otro estado o país?

Si ☐ **No** ☐
Si la contestación es **(Si)**, indique detalles pertinentes completos en una hoja aparte.

5. ¿Ha sido licenciado para practicar medicina veterinaria 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 de o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia para practicar Medicina Veterinaria?
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 Medicina Veterinaria 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 Medicina Veterinaria en Puerto Rico?

Si ☐ **No** ☐

Educación de Escuela Superior

Institución **Periodo**

Primer Año _____ _____
Segundo Año_____ _____
Tercer Año_____ _____
Cuarto Año_____ _____

_____ _____ _____
Grado Obtenido **Fecha** **Institución**

Universidad o Educación Médica Pre veterinaria

Institución **Periodo**

Primer Año _____ _____
Segundo Año_____ _____
Tercer Año_____ _____
Cuarto Año_____ _____

He completado _____créditos de universidad y/o estudios médicos pre-veterinarios, como lo certifica la transcripción incluida con esta solicitud. He recibido el grado de:

_____ de _____ en
(Nombre de la Universidad)

_____ como lo indica la copia fotostática de tal documento incluida con esta solicitud.
(**Fecha completa)**

Educación Médica Veterinaria Profesional

Institución **Periodo**

Primer Año _____ _____
Segundo Año_____ _____
Tercer Año_____ _____
Cuarto Año_____ _____

He completado _____créditos del currículo médico veterinario profesional en

_____ y recibido el grado de
(Nombre de la Universidad)

_____ de la misma en _____

Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de
MÉDICO VETERINARIO

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a_____ por _____años, que considero que dicho/a _____ es de buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

_____

(Nombre en letra de molde)

_____

(Firma del deponente)

_____

_____

_____

(Dirección Postal y Física)

_____

(Número Licencia)

_____

(Ocupación)

_____

(Fecha)

Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de
MÉDICO VETERINARIO

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a_____ por _____años, que considero que dicho/a _____ es de buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

_____

(Nombre en letra de molde)

_____

(Firma del deponente)

_____

_____

_____

(Dirección Postal y Física)

_____

(Número Licencia)

_____

(Ocupación)

_____

(Fecha)

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

Certificado de Graduación

Por este medio CERTIFICO a la Junta de Examinadores Médicos Veterinarios de Puerto Rico que _____ está registrado/a en _____ y asistió _____ cursos de instrucción que dicho/a _____ se graduó del mismo con el grado de _____ en _____; Además CERTIFICO que la fotografía autografiada pegada a este certificado es el verdadero parecido de la persona idéntica a quien se otorgó originalmente dicho diploma.

Adhiera Fotografía Reciente Autografiada

_____
(Nombre y firma del Decano)

_____
(Fecha de Certificación)

Sello Oficial de la Escuela / Universidad
en este espacio

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICO VETERINARIO DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

_____ _____ _____ _____
Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

_____ _____ **F** ☐ **M** ☐
Seguro Social **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **dd/mm/yyyy**

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____
Teléfono Hogar **Teléfono Celular** **Teléfono Alterno**

_____
e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto
Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
Ciudad, País, Código Postal

Examen: CONVOCATORIA

☐ **VERANO 20____**
☐ **INVIERNO 20____**

☐ **TEÓRICO**
☐ **PRÁCTICO**

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____ _____
Institución de Procedencia: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Acción tomada por:

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: _____ Denegada: _____

Fecha: _____

Observación:_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Presidente Miembro

_____
Miembro

REQUISITOS

____1. **SOLICITUD** debidamente cumplimentada en todas sus partes.

____2. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Escuela Superior.

____3. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Médicos Veterinario.

____4. **COPIA** del diploma y/o COPIA de la trascripción de cursos de nivel universitario pre-veterinario del aspirante.

____5. **ORIGINAL Y OFICIAL** Trascripción de Créditos y la Certificación de Grado conferido de la universidad donde realizó sus estudios de doctorado.

Ambas deberán ser enviadas por la universidad directamente a:

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO
PO BOX 10200 SAN JUAN, PUERTO RICO 00908-0200

____6. Dos **(2) fotos**, tipo pasaporte, tomadas dentro de los seis **(6)** meses procedentes a la fecha de solicitud.

____7. **ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de Nacimiento (Si usted nació en Puerto Rico, debe presentar un certificado de nacimiento que haya sido impreso luego de julio 2010).

____8. **ORIGINAL Y COPIA** de Licencia de Conducir vigente o Pasaporte vigente.

____9. **Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los TREINTA **(30)** días precedentes a la fecha de radicación.

____10. Cada solicitante presentará en su solicitud dos **(2) declaraciones juradas** por veterinarios licenciados en Puerto Rico sobre el buen carácter moral del aspirante.

____11. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** por la cantidad de **$100.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)** a nombre del **Secretario de Hacienda de Puerto Rico** por derecho a examen.

____12. Solicitantes de escuelas no reconocidas traer: **Certificado de "ECFVG Program", o Certificado Programa PAVE.**

____13. Resultados del **NAVLE debe ser enviado directamente por la "American Association of Veterinary State Boards (AAVSB)".**

____14. **En caso de extranjero:** Prueba de Ciudadanía Americana o Naturalización Oficial del Consulado/ Embajada, Certificado de Residencia o Permanencia.

_____15. **Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello postal.** (Sobres blancos regulares con su nombre y dirección en la parte del destinatario y deje en blanco la parte del remitente)

LOCALIZACION: SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PUBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

CALLE PONCE DE LEÓN #1590 EN LA CARR. #1 DE CAGUAS A RÍO PIEDRAS
FRENTE AL ANTIGUO EDIFICIO DE LA ELECTRÓNICA

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO
Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov