



Solicitud de Examen y Licencia

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre
Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____ (Celular) _____ (Alternativo)

Correo electrónico: _____

Declaración Jurada

Comparece _____
Nombre completo del solicitante

DEBIDAMENTE JURAMENTADO: -----



1. 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 es de mi persona tomada recientemente.
2. Acepta y entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales 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.

3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la **Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales de Puerto Rico** información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Firma del solicitante

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, a quien DOY FE de conocer personalmente o haber identificado conforme dispone la ley, _____ hoy día _____ de _____
(número de identificación provista)
del año _____ en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario



Datos personales del solicitante

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____

Número Seguro Social: _____ Estado civil: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si ____ No ____
Si contesta en la negativa, indique si es: ____ Naturalizado o ____ Residente

Indique si su nombre o apellido original ha sido cambiado. Si ____ No ____
Si es afirmativo, incluya declaración jurada al efecto.

¿Ha sido usted convicto de algún delito? Si ____ No ____
Si contesta en la afirmativa, explique la naturaleza del delito: _____

Indique lugar y fecha: _____ Status: _____

Utilice documento aparte para información adicional de ser necesario

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? Si ____ No ____
Si contesta en la afirmativa, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición a la fecha de esta solicitud.

Certificado Médico

YO, _____, médico, autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante
Nombre del Médico
la licencia número _____, expedida por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica,

CERTIFICO que he examinado a _____
Nombre del Solicitante
encontrándolo en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Fecha

Firma del Médico

De acuerdo con la Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.

¿Necesita Acomodo Razonable?: Si ____ No ____

¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____

(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)

Preparación Académica en Tecnología Dental

Institución académica

Grado obtenido

Fecha de graduación



Certificación de Solvencia Moral

(Para ser completado y firmado por dos Profesionales de la Salud)

Los abajo firmantes **CERTIFICAMOS** a la **Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales de Puerto Rico** que conocemos personalmente al solicitante _____ y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de Técnicos de Tecnología Dental.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA

PARA USO OFICIAL DE LA JUNTA EXAMINADORA

Nombre del solicitante: _____

_____ **SOLICITUD APROBADA**

Presidente

Miembro

Miembro

Observaciones y/o comentarios: _____

_____ **SOLICITUD DENEGADA**

Miembro

Miembro

Fecha de evaluación: _____



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 Tecnólogos Dentales

Requisitos de esta solicitud

1. Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y juramentado ante un notario público.
2. **Original y copia** del Certificado de Nacimiento. Certificados de Puerto Rico debe ser con fecha de expedición a partir del 1ero de julio de 2010. Candidatos extranjeros deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos. Presentar evidencia original y copia.
3. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
4. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No mayor de treinta (30) días de expedido.
5. Transcripción de crédito **oficial** emitida y enviada directamente desde la institución académica de procedencia en donde cursó sus estudios de Tecnología Dental a nuestra dirección de correo postal que aparece en esta solicitud.
6. Certificación de grado **oficial** emitida y enviada directamente desde la institución académica de procedencia en donde cursó sus estudios de Tecnología Dental a nuestra dirección de correo postal que aparece en esta solicitud.
7. Dos (2) sobres pre dirigidos con sello postal.
8. Pago correspondiente por la cantidad de ciento dólares (\$100.00). Este pago es por derecho a examen de reválida (\$25.00) y licencia (\$75.00). **Pago no reembolsable.**
Los métodos de pagos son los siguientes:
 - ATH, Visa, Mastercard
 - Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

Nuestra dirección postal es la siguiente:

Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908 – 0200

Nota importante: No se aceptarán solicitudes incompletas.

La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de evaluar el expediente.

REV. ENERO/2026