DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

"NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION" (NAVLE)

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

AFFIDAVIT

Adhiera Fotografía Reciente Autografiada tamaño Pasaporte aquí

Estado o Territorio _____

Pueblo o ciudad de_____

Yo, _____
Nombre completo del solicitante

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.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y Suscrito ante mí, hoy día_____de _____de _____en_____,

Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT Núm.: _____ _____
Firma del Notario Público

(Sello Notarial)

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 se complete.

Nombre del Solicitante_____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad_____ Seguro Social: XXX-XX-_____ Teléfono_____

Fecha de Nacimiento_____ Lugar de Nacimiento_____
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad, Estado, País)

E-mail: _____

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre_____

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

_____

Dirección Postal en P.R_____

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 cambio 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 aquí o 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, como fue licenciado, fecha y 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 Medica 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) **(Fecha completa)**

Educación Medica Veterinaria Profesional

Institución	**Periodo**
Primer Año _____	_____
Segundo Año_____	_____
Tercer Año_____	_____
Cuarto Año_____	_____

He completado _____ créditos del currículo médico veterinario profesional en:

_____

(Nombre de la Universidad)

y recibido el grado de _____ en _____.

(Día) (Mes) (Año)

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

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION (NAVLE)

Acción tomada:

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: _____ Denegada: _____

Fecha: _____

Observación:

_____

_____

_____
Firma de Presidente/ Miembro Autorizado

NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION (NAVLE)

REQUISITOS:

_____ **1.** **SOLICITUD** "North Veterinary Licensing Examination Application" debidamente juramentada.

_____ **2.** **Pago** por derecho a examen del "North American Veterinary Licensing Examination" **(NAVLE)**

_____ **$100.00** Pago por derecho de solicitud. (**NO REEMBOLSABLES)**
Formas de Pago: ATH, VISA, Master card o Giro Postal (pagadero a Secretario de Hacienda)

_____ **3.** Para graduados de instituciones no acreditadas por la AVMA:
Estar inscrito en el Programa "Educational Comisión for Foreign Veterinary Graduates" **(ECFVG)**, o cumplir con todos los requisitos que exige esté programa; o tener certificado Programa PAVE.

Nota: Tiene que haber cumplido con el paso tres (3) (Step 3) o el BCSE (Basic and Clinical Sciences Examination)

_____ **4.** **Original** y **Copia** de Diploma de Médico Veterinario graduado de una escuela acreditada, aprobada o enlistada o documento oficial que indique que es candidato a graduación en el curso presente de una escuela de la categoría antes mencionada. Candidatos graduados de escuelas no acreditadas necesita original y copia de Diploma de Medicina Veterinaria.

_____ **5.** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, reciente.

_____ **6.** **En caso de extranjero:**

- Prueba de Ciudadanía Americana o Naturalización Oficial del Consulado / Embajada, Certificado de Residencia o Permanencia.

- Resultados prueba TSE y TOEFL o IELTS **(prueba de dominio del inglés, valido por dos años)**.

LOCALIZACIÓN: 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 MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO
Ext. 6561 / E-mail: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

787 – 999 – 8989 www.salud.pr.gov