



OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

**SOLICITUD DE RENOVACION DE PERMISO PARA ADMINISTRAR
SEDACION Y/O ANESTESIA GENERAL****LICENCIA NUMERO:** _____**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** _____**DIRECCION POSTAL:** _____**PERMISO NUM:** _____ **TIPO:** _____**DOMICILIO DE LA PRÁCTICA:** _____**FECHA EXPEDIDO:** _____ **FECHA EXPIRACION:** _____**TELEFONOS:** _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

Solicito la renovación del Permiso arriba mencionado. Incluyo la evidencia de los cursos de educación continua requeridos para este propósito, según establecidos en el Reglamento de la Junta Dental Examinadora.

CERTIFICO: Que mantengo las facilidades de la práctica debidamente equipadas, según el Permiso previamente otorgado, incluyendo el equipo para el manejo de emergencias médicas.

AUTORIZO a la **Junta Dental Examinadora de Puerto Rico** y/o aquellos funcionarios que ésta designe, a visitar mi oficina dental con el propósito de inspeccionar y evaluar las facilidades, equipo y personal bajo mi dirección y supervisión, en conexión con la presente solicitud.

Firma del Solicitante_____
Fecha

