



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE PERMISO PARA ADMINISTRAR
SEDACIÓN 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

