



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

## SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE ODONTOLOGÍA

### DECLARACIÓN JURADA

**COMPARECE** \_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

**Seguro Social XXX-XX** \_\_\_\_\_ **e identificado mediante**

\_\_\_\_\_, mayor de edad,  
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 conoce que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA 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.

Autoriza a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su licencia y para ampliar, aclarar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en

\_\_\_\_\_.

AFIDÁVIT NÚM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

**SELLO DE ASISTENCIA LEGAL**

**SELLO DEL  
NOTARIO**

**JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**

P.O. Box 10200. San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605

EMAIL: [Cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:Cindy.reyes@salud.pr.gov)

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Dirección Permanente: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Res. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Color de Cabello: \_\_\_\_\_ Color de Ojos: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Señas Particulares: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año                      Ciudad                      Estado o País

1. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? \_\_\_\_\_ De contestar en la negativa, indique si usted es:

Naturalizado \_\_\_\_\_  Residente \_\_\_\_\_  
Número de Certificado                      Número de Tarjeta

2. ¿Ha sido cambiado su nombre o su apellido? \_\_\_\_\_ De Contestar En La Afirmativa, Indique:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha y Lugar del Cambio                      Razón del Cambio                      Nombre Y/O Apellido Original

3. ¿Ha sido usted convicto de algún delito? \_\_\_\_\_ De contestar en la afirmativa, indique:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Naturaleza Del Delito                      Lugar Y Fecha                      Estatus

\*\*Utilice Pliego o Documento Aparte Para Información Adicional, De Ser Necesario\*\*

4. ¿Ha padecido o padece usted de alguna enfermedad o condición contagiosa? \_\_\_\_\_

De contestar en la afirmativa, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y las condiciones de esta a la fecha de esta solicitud.

5. ¿Ha sido licenciado para practicar la odontología 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.



## CERTIFICADO MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, médico autorizado a ejercer en \_\_\_\_\_  
Nombre del médico en letra legible Estado/País

mediante la licencia número \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_.  
Núm. Licencia Autoridad que le expidió la licencia

CERTIFICO que he examinado a \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante en letra legible

encontrándolo en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

---

## CERTIFICACIÓN DEL DECANO DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Yo, \_\_\_\_\_, Decano de la Escuela de Odontología de  
Nombre del Decano

\_\_\_\_\_  
Nombre de la institución

CERTIFICO que \_\_\_\_\_, fue admitido a esta institución en  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_. Y completó \_\_\_\_\_ años de estudios. Obtuvo el grado de  
Fecha de admisión Años

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.  
Grado Obtenido Fecha de Graduación

Certifico además que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante a la cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Decano

SELLO DE LA  
INSTITUCION

# CERTIFICACIÓN JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

COMPARECE \_\_\_\_\_, Seguro Social XXX -XX- \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista declarante

e identificado mediante \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, y DEBIDAMENTE JURAMENTADO  
Clase de identificación Número

CERTIFICA: que posee la licencia de dentista número \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_,  
Estado o país

por la \_\_\_\_\_;  
Nombre de la Junta Examinadora

que conoce personalmente a \_\_\_\_\_, por espacio de \_\_\_\_\_ años;  
Nombre del solicitante

que DA FE de su Buena conducta moral y le recomienda a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA como  
persona apta para ejercer la profesión de odontología en Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Dirección del dentista

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_,

en \_\_\_\_\_.

AFIDÁVIT NÚM: \_\_\_\_\_

SELLO  
DEL  
NOTARIO

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

**HOJA DE EVALUACION Y COTEJO - PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN

DENEGADA

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha de Evaluación

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

## REQUISITOS GENERALES

- \_\_\_\_\_ 1. Solicitud oficial cumplimentada en todas sus partes.
- \_\_\_\_\_ 2. **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).
- \_\_\_\_\_ 3. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico y/o por el organismo correspondiente del país de origen. (La Junta podrá requerir ambos.) Este documento debe haber sido expedido durante los últimos treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- \_\_\_\_\_ 4. Presentar documentos que acrediten haber residido en Puerto Rico ininterrumpidamente por un periodo de seis (6) meses, según Ley 75, de 8 de agosto de 1925, según enmendada.
- \_\_\_\_\_ 5. **ORIGINAL** de la **Transcripción oficial de créditos del entrenamiento pre-dental**. Las transcripciones deben ser enviadas por las instituciones en las cuales el solicitante completó dichos estudios directamente a la oficina de la Junta. Solicitantes que hayan cursado estudios pre-dentales en más de una institución educativa, deben presentar transcripción de cada institución.
- \_\_\_\_\_ 6. **ORIGINAL** de la **Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación** como Dentista deben ser enviados por la institución en la cual el solicitante completó el doctorado, directamente a la oficina de la Junta. El certificado de graduación (del registrador) es requerido adicional a la Certificación del Decano de la Escuela de Odontología que forma parte de la solicitud y que debe ser firmada por dicho funcionario.
- \_\_\_\_\_ 7. **PAGO** por la cantidad de **\$50.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de "Secretario de Hacienda" de Puerto Rico.

## REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE ODONTOLOGÍA EN PUERTO RICO (Requisitos aplicables desde 22 de febrero de 2008)

La Ley Núm. 75 de agosto de 1925, según enmendada, reglamenta la profesión de Odontología en Puerto Rico y establece los siguientes requisitos:

1. Presentar ante la Junta Dental Examinadora la solicitud oficial provista por dicho organismo, cumplimentada en todas sus partes.
2. Presentar documentos que acrediten la identidad del solicitante y ser mayor de edad.
3. Poseer un diploma o su equivalente de Bachiller en Ciencias o un entrenamiento pre-dental de una universidad reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico y un diploma o su equivalente de Cirujano Dental expedido por la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, o por cualquier otra universidad o colegio, caso en el cual la Junta aceptará dicho expediente académico si éste acredita:
  - (a) que los requisitos de admisión y el programa a base del cual se expidió el diploma o su equivalente son análogos a los que exige la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico con el mismo propósito. (Véase hoja de Entrenamiento Pre-Dental Requerido a los Aspirantes a Examen de Reválida de Dentista)
  - (b) que el aspirante curso por lo menos los dos (2) últimos años de estudios requeridos para la expedición de tal diploma en una universidad o colegio que, a juicio de la Junta - tanto por el reconocimiento que tenga en el país donde está ubicada, o en otras jurisdicciones - pueda razonablemente considerarse que es una institución educativa adecuada y comparable, en cuanto a la enseñanza de dichos cursos, con la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
4. Aprobar los exámenes teóricos y clínicos de las ciencias básicas y las disciplinas clínicas que determine la Junta para comprobar la capacidad del aspirante.

## INFORMACIÓN GENERAL

1. **MANUAL DE INFORMACIÓN:** Todo solicitante debe asegurarse de obtener el MANUAL DE INFORMACION PARA EJERCER LA CIRUGIA DENTAL EN PUERTO RICO, disponible en la oficina de la Junta a un costo de cinco dólares (\$5.00). Esta cantidad puede incluirse con el pago de derechos de examen.

2. **EXAMEN TEÓRICO:** La Junta Dental Examinadora utiliza los exámenes teóricos de la Junta Nacional de Exámenes Dentales de la Asociación Dental Americana (NATIONAL BOARDS) como el Componente Teórico del examen de reválida. Es requisito haber aprobado estos exámenes dentro de los cinco (5) años anteriores a la fecha de la solicitud.

Los solicitantes deben presentar el informe de resultados. Este documento debe ser enviado por la Junta Nacional directamente a la oficina de la Junta Dental Examinadora.

3. **EXAMEN CLÍNICO:** La Junta utiliza los exámenes clínicos del “Council of Interstate Testing” Agencies (CITA)” como el Componente Clínico de reválida.

Solicitantes que hayan aprobado dichos exámenes deben presentar el informe de resultados. Este documento debe ser enviado por el “Council of Interstate Testing Agencies (CITA)”, directamente a la oficina de la Junta Dental Examinadora.

4. **EXAMEN DE ETICA Y JURISPRUDENCIA:** Este examen se será ofrecido por la Junta Dental. Una vez su expediente este aprobado, se le citará a la próxima fecha disponible para examen.

4. No se dará curso a la solicitud hasta tanto el aspirante haya presentado TODOS los documentos que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos de admisión, según éstos detallados en este documento.

5. La oficina de la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico radica en el Edificio GM Group, en la Calle Ponce de León #1590 de Río Piedras, PR 00927.

**Dirección Postal:** JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO  
P. O. BOX 10200  
SAN JUAN, PR. 00908-0200

**Teléfono:** (787) 765-2929 Ext. 6605

**Correo Electrónico:** [cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)  
**Secretaria:** Cindy L. Reyes Santiago

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**  
**DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD**  
**Edificio GM Group (Tercer Piso)**  
Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras  
Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica

**Importante: Para entregar la solicitud, documentos y/o realizar gestiones en nuestras facilidades:**

**Para citas:**

Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



**Para acceso a nuestro portal:**

Link del portal de salud: <https://www.salud.pr.gov/>



**ENTRENAMIENTO PRE-DENTAL REQUERIDO A LOS ASPIRANTES A EJERCER LA  
PROFESION DE ODONTOLOGIA EN PUERTO RICO:**

**REQUISITOS PARA GRADUADOS DE PROGRAMAS DE DOCTORADO REGULARES DE 4 AÑOS**

Español.....	12 créditos	(1)
Inglés.....	12 créditos	(2)
Biología y Zoología.....	8 créditos	
Física.....	8 créditos	
Química Inorgánica.....	8 créditos	
Química Orgánica.....	8 créditos	
Ciencias Sociales y de la Conducta.....	6 créditos	
Créditos Electivos.....	28 créditos	(3)

**MÍNIMO DE CRÉDITOS REQUERIDOS..... 90 CREDITOS**  
(o grado de Bachiller en Ciencias, que incluya los créditos anteriormente detallados)

**REQUISITOS PARA GRADUADOS DE PROGRAMAS DE DOCTORADO ESPECIALES (UBICACIÓN AVANZADA O  
“ADVANCED PLACEMENT”)**

1. Los requisitos de entrenamiento pre-dental, según anteriormente detallados.
2. Poseer el título de Doctor en Cirugía Dental o Doctor en Medicina Dental bajo un programa especial de ubicación avanzada, de una institución educativa reconocida por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico.

- 
- (1) Los requisitos de **español** podrán reducirse hasta 6 créditos, cuando el aspirante haya obtenido calificación de honor en esta asignatura.
  - (2) Los requisitos de **inglés** podrán reducirse hasta 6 créditos cuando el aspirante haya obtenido calificación de honor en dicha asignatura, o haya cursado sus estudios en instituciones radicadas en Estados Unidos.
  - (3) Los créditos electivos podrán ser aceptados, siempre y cuando sean en asignaturas que mejoren la preparación integral del aspirante y aumenten sus conocimientos en el campo de las ciencias.

**LA REDUCCIÓN DE LOS CRÉDITOS DE ESPAÑOL O DE INGLÉS NO EXIME AL ASPIRANTE DE CUMPLIR CON EL  
MÍNIMO DE LOS 90 CRÉDITOS PRE-DENTALES REQUERIDOS**

La Junta podrá aceptar convalidación de créditos por universidades reconocidas, de asignaturas cursadas en otras universidades o colegios, siempre y cuando se verifique la aprobación de dichos créditos en la transcripción de la institución en que fueron cursados y que éstos hayan sido aprobados con la calificación mínima.