DEPARTAMENTO DE SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA
PARA EJERCER LA PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL

ADHIERA FOTOGRAFIA RECIENTE AQUI 2 X 2

DECLARACION JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX_____ **e identificado mediante**

_____ _____
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 _____.

AFIDAVIT NUM: _____ **SELLO DEL NOTARIO** _____
Firma del Notario

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ _____ _____ _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

DIRECCION PERMANENTE: _____ _____ _____ _____
Núm. y Calle Barrio o Urbanización Pueblo Zip Code

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: **RES.** _____ **CELULAR:** _____ **EMAIL:** _____

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605 .Email: cindy.reyes@yahoo.com

DESCRIPCION FISICA DEL SOLICITANTE

ESTATURA: _____ **COLOR DE CABELLO:** _____ **COLOR DE OJOS:** _____ **PESO:** _____

SEÑAS PARTICULARES: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **LUGAR:** _____/_____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ **Si contesta en la negativa, indique si es usted**

_____ **NATURALIZADO** _____ **o** _____ **RESIDENTE** _____
Número de certificado Número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO? _____ **Si contesta en la afirmativa, indique**

_____/_____ _____ _____
Fecha y lugar del cambio Razón del cambio Nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ **Si contesta en la afirmativa, indique**

_____ _____/_____ _____
Naturaleza del delito Lugar y fecha Status

UTILICE PLIEGO O DOCUMENTO APARTE PARA INFORMACION ADICIONAL, DE SER NECESARIO

¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA? _____
Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las condiciones de la misma a la fecha de esta solicitud.

CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA que conocemos personalmente a _____ **y que nos consta de propio conocimiento que es una persona respetable**
Nombre del solicitante

y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de HIGIENISTA DENTAL.

_____	_____
Nombre en letra de molde	Nombre en letra de molde
_____	_____
Dirección	Dirección
_____	_____
_____	_____
Firma	Firma

EDUCACION ACADEMICA

_____	_____	_____
Escuela Superior	**Lugar**	**Fecha de graduación**
_____	_____	_____
Curso de Higienista Dental (institución)	**Lugar**	**Fecha de graduación**

REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL EN PUERTO RICO

De acuerdo con la Ley 75 de agosto de 1925, según enmendada por la Ley 74 de junio de l971, y el Reglamento de la Junta Dental Examinadora, el solicitante a examen y licencia como Higienista Dental debe reunir los siguientes requisitos y presentar evidencia.

1. Tener dieciocho años de edad
2. Ser ciudadano americano o residente legal de Puerto Rico
3. Gozar de buena conducta
4. Ser graduado de una escuela superior reconocida por el Departamento de Educación, o poseer un equivalente
5. Ser graduado de un curso de Higienista Dental de una escuela, colegio o institución reconocida por el Departamento de Educación, o de una escuela, colegio o institución de Estados Unidos que sea acreditada

DOCUMENTOS QUE EL SOLICITANTE DEBE PRESENTAR CON LA SOLICITUD

____**1.** Solicitud cumplimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto

____**2.** Certificado de nacimiento en original. **Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación**

____**3.** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que presenta su solicitud.

____**4.** Original y copia del diploma o certificado de escuela superior. La copia será verificada y el original devuelto al solicitante. **En caso de que no pueda presentar el diploma o certificado, éstos pueden ser sustituidos por una transcripción oficial de créditos en original.**

____**5.** Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación del curso de Higienista Dental.
Estos deben ser enviados por la institución directamente a la oficina de la Junta.

____**6.** Giro postal o bancario por la cantidad de $10.00 dólares (No Reembolsables), pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

INFORMACION GENERAL

1. **MANUAL DE INFORMACION:** Todo solicitante debe asegurarse de obtener el **MANUAL DE INFORMACIONPARA EJERCER LA PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL**, disponible en la oficina de la Junta a un costo de $5.00. Esta cantidad puede incluirse con el pago de derechos de examen y licencia.

2. **EXAMEN TEORICO:** 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 CLINICO:** 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. **No se dará curso a las solicitudes hasta tanto el aspirante haya presentado todos los documentes que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos, según están detallados en este documento.**

5. La oficina de la Junta Dental Examinadora radica en la GM Group #1590 Ponce de León Rio Piedras, PR 00927

Dirección Postal: **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**
P. O. BOX 10200
SAN JUAN, P.R. 00908-0200
Secretaria: **Cindy Reyes**
Teléfonos: **(787) 765-2929 Ext. 6605**
Email: **cindy.reyes@salud.pr.gov**

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/

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

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: _____

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA	**DENEGADA**
_____	_____
Presidente	**Presidente**
_____	_____
Miembro	**Miembro**
_____	_____
Miembro	**Miembro**
_____	_____
Miembro	**Miembro**

_____ **RAZON:** _____

Fecha de Evaluación

_____

_____