



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud
Junta Dental Examinadora

SOLICITUD DE RE-EXAMEN DE HIGIENISTA DENTAL

Nombre : _____

Dirección Postal : _____

Teléfono : _____

Email : _____

Firma del solicitante

Fecha

Requisitos Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes requisitos:

1. Certificado de antecedentes penales, expedido dentro de los treinta (30) días antes a la fecha de pago de solicitud.
2. Giro postal o bancario por la cantidad de cinco dólares (\$5), pagaderos a Secretario de Hacienda de P. R.

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/>



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