



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

ADHIERA FOTOGRAFÍA

2 X 2

RECIENTE

JUNTA DENTAL EXAMINADORA

SOLICITUD LICENCIA ESPECIAL

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Núm. De S.S. # _____

Tel. Celular: _____ Otro: _____ Ciudadanía: _____

Núm. de Licencia Permanente: _____ Estado: _____ Fecha de Expedición: _____

Posee Especialidad: _____ Institución donde se graduó: _____

Institución donde ofrecerá los servicios: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de Culminación: _____ Persona encargada de la Institución: _____

Firma

Fecha

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200 SAN JUAN, P.R. 00908-0200

REQUISITOS PARA EXPEDICIÓN DE LICENCIA ESPECIAL

Según lo establece la Ley 75 del 8 de agosto de 1925 en el Capítulo III, Autorización Especial - Es una autorización que se expide a dentistas que se trasladen a Puerto Rico con el único fin o propósito de llevar a cabo una actividad específica o con un fin especial. Esta autorización se expide por el término de sesenta (60) días, pudiendo ser prorrogable y/o a discreción de la junta.

Sera requisito para la obtención de tal autorización que el candidato este legalmente autorizado a ejercer la profesión de odontología en cualquier estado de los Estados Unidos de América o cualquier otro país, y que así lo demuestre a satisfacción de la Junta.

1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
2. Giro Bancario por la cantidad de \$15.00 (**No reembolsables**) pagadero a Secretario de Hacienda de Puerto Rico o puede pagar con **ATH, Visa, MasterCard**.
3. Identificación con foto vigente (Licencia de Conducir, ID de DTOP o Pasaporte).
4. Original y Copia Certificado de Nacimiento.
5. Original Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico y del País donde ha estado residiendo durante los últimos treinta (30) días.
6. Carta de la Institución donde estará ofreciendo los servicios. En la misma debe de indicar dirección, el trabajo que estará realizando y las fechas que permanecerá ofreciendo los servicios.
7. Copia del Seguro de Impericia Médica.
8. Good Standing (verificación de licencia) de la Jurisdicción de su procedencia indicando que la misma esta activa.

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/>

9.



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200 SAN JUAN, P.R. 00908-0200

cindy.reyes@salud.pr.gov

787-765-2929 Ext. 6605