



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD



Debe sacar su cita en Turnos PR  
<https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



Para Portal de Salud- Junta Dental  
<https://www.salud.pr.gov/CMS/444>

**JUNTA DENTAL EXAMINADORA**  
**SOLICITUD DE RE-EXAMEN ASISTENTE DENTAL**  
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Solicito los siguientes exámenes:**

- \_\_\_\_ MONTURA DE RADIOGRAFIAS  
\_\_\_\_ INSTRUMENTOS, EQUIPO Y MATERIALES  
\_\_\_\_ EXAMEN TEORICO

**IDIOMA:** ESPAÑOL ☐ INGLÉS ☐

**Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos:**  
**Nota: En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre el acomodo requerido, por separado.**

INTERESO ☐ NO INTERESO ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**REQUISITOS: Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:**

1. **ORIGINAL** de **Certificado de Antecedentes Penales**, expedido dentro de los (30) días a la fecha de entrega de solicitud.
2. **Copia de ID** (licencia de conducir o pasaporte)
3. Hacer pago por la cantidad de **\$2.00 dólares** (No Reembolsables).  
**Métodos de pago: ATH, VISA, MASTERCARD, Giro Postal o Giro Bancario** (a nombre de **Secretario de Hacienda de Puerto Rico**).
4. **Pago a Didaxis** (Compañía que ofrece el examen): **El pago se hará a Didaxis una vez ellos le contacten.** Usted pagara **\$30.00 dólares** por cada parte. Si fueren las tres partes el pago será de **\$70.00 dólares** (*Pago a Didaxis No es reembolsable*).
5. **UN SOBRE** pre dirigido con sello postal.

**ESTA SOLICITUD HA SIDO:**

**APROBADA** ☐

**DENEGADA** ☐

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE / MIEMBRO DE JUNTA

# Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

## JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

### INFORMACION PERSONAL:

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Primer Nombre                      Inicial

\_\_\_\_\_  
Seguro Social                      Fecha de Nacimiento                      F ☐                      M ☐  
\*Últimos 4 dígitos                      DD / MM / YYYY

Ciudadanía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono Celular                      Teléfono Hogar                      Teléfono Trabajo

\_\_\_\_\_  
Email (Ejemplo: [user@yahoo.com](mailto:user@yahoo.com))

Información de Contacto:  
Dirección Postal

Examen a Tomar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ Todas las Partes  
☐ 1. Examen Práctico de Radiografía  
☐ 2. Examen Práctico de Instrumentación y Equipo  
☐ 3. Examen Teórico

\_\_\_\_\_  
Ciudad,                      País                      Código Postal

Acomodo Razonable: ☐ Si                      ☐ No                      Idioma: ☐ Inglés                      ☐ Español

Número de Intento: \_\_\_\_\_                      Año de Graduación: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado Obtenido: Técnico \_\_\_\_\_ Asociado \_\_\_\_\_

Proveedor de Repaso: \_\_\_\_\_

Visto Bueno: \_\_\_\_\_                      Fecha: \_\_\_\_\_