



DEPARTAMENTO DE

SALUD

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

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

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

ADHIERA
FOTO AQUI
2 x 2



Teléfonos: _____

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

Correo Electrónico: _____



Solicito los siguientes exámenes:

- MONTURA DE RADIOGRAFIAS
 INSTRUMENTOS, EQUIPO Y MATERIALES
 EXAMEN TEORICO
IDIOMA: ESPAÑOL INGLÉS

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

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
*Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento

F M

DD / MM / YYYY

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:

Dirección Postal

Ciudad, País Código Postal

Examen a Tomar:

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

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: _____