



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 Examinadora de Médicos Veterinarios

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE MÉDICO VETERINARIO

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX-_____ e identificado mediante

Clase de identificación

Número

Adhiera Fotografía
Reciente
Aquí
2 x 2

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 entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS 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 Bajo **JURAMENTO** expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO** cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de _____,

en _____.

AFFIDAVIT NUM. _____

SELLO
NOTARIAL

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Solicitud de Examen y Licencia para
Ejercer la Profesión de Médico Veterinario

El Solicitante debe contestar todas las preguntas en forma legible, completa y precisa, en tinta azul o a maquinilla. Se rechazarán o devolverán las solicitudes incompletas al solicitante para que sean completadas.

Nombre del Solicitante: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad: _____ Seguro Social XXX-XX-_____ Fecha de Nacimiento _____/_____/_____
(Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Ciudad, Estado, País)

E-mail: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección Física Actual _____
(Núm., Calle, Urb., Ciudad, Etc.)

Dirección Postal en PR _____

Deseo tomar el Examen de Reválida en (indique su preferencia):

Inglés ☐ Español ☐

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.

Intereso ☐ No Intereso ☐

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.

Descripción del Solicitante

Color de pelo: _____ Color de ojos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Rasgos distintos y/o cicatrices:

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? **Sí** ☐ **No** ☐

Si naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización, y detalles del certificado de naturalización.

2. ¿Ha cambiado su nombre / apellido alguna vez? **Sí** ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, adjunte una copia certificada de la orden del tribunal en donde se cambió el nombre o apellido.

3. ¿Ha utilizado alguna vez otro nombre? **Sí** ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos.

4. ¿Ha sido convicto de, o acusado de, cualquier medicina veterinaria en otro estado o país?

Sí ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, indique detalles pertinentes completos en una hoja aparte.

5. ¿Ha sido licenciado para practicar medicina veterinaria en otro estado o país?

Sí ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, adjunte un **Certificado de "Good Standing"** de cada Estado donde es licenciado, en una hoja aparte y de detalles particulares, incluyendo número de licencia, fecha de expedición, proceso para obtenerla, número de años de práctica en cada jurisdicción y el estado actual de cada una.

6. ¿Ha sido oficialmente reprendido, su licencia suspendida o revocada, ha sido despedido de o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia para practicar Medicina Veterinaria?

Sí ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales.

7. ¿Ha fracasado alguna vez un examen de licenciatura? **Sí** ☐ **No** ☐

Si la contestación es **(Sí)**, indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.

8. ¿Ha practicado Medicina Veterinaria sin una licencia en Puerto Rico o en cualquier estado?

Sí ☐ **No** ☐

9. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para la práctica de Medicina Veterinaria en Puerto Rico? **Sí** ☐ **No** ☐

Educación de Escuela Superior

Institución

Periodo

Primer Año _____
Segundo Año _____
Tercer Año _____
Cuarto Año _____

Grado Obtenido

Fecha

Institución

Universidad o Educación Médica Pre veterinaria

Institución

Periodo

Primer Año _____
Segundo Año _____
Tercer Año _____
Cuarto Año _____

He completado _____ créditos de universidad y/o estudios médicos pre veterinarios, como lo certifica la transcripción incluida con esta solicitud. He recibido el grado de:

_____ de _____ en _____ como lo
(Nombre de la Universidad) (Mes) (Día) (Año)

indica la copia fotostática de tal documento incluida con esta solicitud.

Educación Médica Veterinaria Profesional

Institución

Periodo

Primer Año _____
Segundo Año _____
Tercer Año _____
Cuarto Año _____

He completado _____ créditos del currículo médico veterinario profesional en

_____ y recibido el grado de

(Nombre de la Universidad)

_____ de la misma en _____

(Mes) (Día) (Año)

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto CERTIFICA que he conocido personalmente

a _____

por _____ años, que considero que dicho/a _____ es de

buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

(Nombre en letra de molde)

(Firma del deponente)

(Número Licencia)

(Dirección Postal y Física)

(Ocupación)

(Fecha)

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por dos Médicos Veterinarios licenciados que conozcan al solicitante personalmente)

Esto CERTIFICA que he conocido personalmente

a _____

por _____ años, que considero que dicho/a _____ es de

buen carácter moral, y por este medio lo /a recomiendo a la Junta de Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico como completamente digno/a de presentarse a examen para una licencia para practicar Medicina Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el/ la solicitante.

(Nombre en letra de molde)

(Firma del deponente)

(Número Licencia)

(Dirección Postal y Física)

(Ocupación)

(Fecha)



Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

Certificado de Graduación

Por este medio CERTIFICO a la Junta de Examinadores Médicos Veterinarios de Puerto Rico que _____ está registrado/a en _____ y asistió _____ cursos de instrucción que dicho/a _____ se graduó del mismo con el grado de _____ en _____; Además CERTIFICO que la fotografía autografiada pegada a este certificado es el verdadero parecido de la persona idéntica a quien se otorgó originalmente dicho diploma.

Adhiera Fotografía
Reciente Autografiada

(NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO)

(FECHA DE CERTIFICACIÓN)

Sello Oficial de la Escuela / Universidad
en este espacio

SEAL



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICO VETERINARIO DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Inicial

Seguro Social
*Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F ☐ M ☐

Ciudadanía: _____

Teléfono Hogar

Teléfono Celular

Teléfono Alterno

e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto

Dirección Postal

Examen: CONVOCATORIA

☐ VERANO 20_____

☐ TEÓRICO

☐ INVIERNO 20_____

☐ PRÁCTICO

Ciudad, País, Código Postal

Número de Intento: ____ Mes y Año de Graduación: _____

Institución de Procedencia: _____



JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

Acción tomada:

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: _____

Denegada: _____

Fecha: _____

Observación:

FIRMA DE PRESIDENTE/ MIEMBRO AUTORIZADO

REQUISITOS



- ___ 1. SOLICITUD debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- ___ 2. ORIGINAL Y COPIA del Diploma de Escuela Superior.
- ___ 3. ORIGINAL Y COPIA del Diploma de Médicos Veterinario.
- ___ 4. COPIA del diploma y/o COPIA de la transcripción de cursos de nivel universitario pre veterinario del aspirante.
- ___ 5. ORIGINAL Y OFICIAL Transcripción de Créditos y la Certificación de Grado conferido de la universidad donde realizó sus estudios de doctorado.

Ambas deberán ser enviadas por la universidad directamente a:

“JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO”

PO BOX 10200 SAN JUAN, PUERTO RICO 00908-0200

- ___ 6. Dos (2) **fotos**, tipo pasaporte, tomadas dentro de los seis (6) meses procedentes a la fecha de solicitud.
- ___ 7. ORIGINAL Y COPIA de Certificado de Nacimiento (Si usted nació en Puerto Rico, debe presentar un certificado de nacimiento que haya sido impreso luego de julio 2010).
- ___ 8. ORIGINAL Y COPIA de Licencia de Conducir vigente o Pasaporte vigente.
- ___ 9. **Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los TREINTA (30) días precedentes a la fecha de radicación.
- ___ 10. Cada solicitante presentará en su solicitud dos (2) **declaraciones juradas** por veterinarios licenciados en Puerto Rico sobre el buen carácter moral del aspirante.
- ___ 11. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** por la cantidad de **\$100.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)** a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico por derecho a examen.
- ___ 12. Solicitantes de escuelas no reconocidas traer: **Certificado de “ECFVG Program”, o Certificado Programa PAVE.**
- ___ 13. Resultados del **NAVLE** debe ser enviado directamente por la **“American Association of Veterinary State Boards (AAVSB)”**.
- ___ 14. **En caso de extranjero:** Prueba de Ciudadanía Americana o Naturalización Oficial del Consulado/ Embajada, Certificado de Residencia o Permanencia.
- ___ 15. Dos (2) **sobres pre-dirigidos con sello postal**. (Sobres blancos regulares con su nombre y dirección en la parte del destinatario y deje en blanco la parte del remitente)

LOCALIZACION: SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD
CALLE PONCE DE LEÓN #1590 EN LA CARR. #1 DE CAGUAS A RÍO PIEDRAS
FRENTE AL ANTIGUO EDIFICIO DE LA ELECTRÓNICA

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

EXT. 6561 / EMAIL: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 | www.salud.pr.gov