



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

**“NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION”
(NAVLE)**

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.



Adhiera Fotografía
Reciente Autografiada
tamaño Pasaporte aquí

AFFIDAVIT

Estado o Territorio _____

Pueblo o ciudad de _____

Yo, _____
Nombre completo del solicitante

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y Suscrito ante mí, hoy día _____ de _____ de _____ en _____,

Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT Núm.: _____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

SELLO
NOTARIAL

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 se complete.

Nombre del Solicitante _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Edad _____ Seguro Social: XXX-XX-_____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
(Mes) (Día) (Año) (Ciudad, Estado, País)

E-mail: _____

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

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

Dirección Postal en P.R. _____

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 cambio 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 aquí o 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, como fue licenciado, fecha y 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 o Escuela

Universidad o Educación Medica 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 _____.

(Nombre de la Universidad)

(Día) (Mes) (Año)

Educación Medica Veterinaria Profesional

Institución

Periodo

Primer Año _____

Segundo Año _____

Tercer Año _____

Cuarto Año _____

He completado _____ créditos del currículo médico veterinario profesional en:

(Nombre de la Universidad)

y recibido el grado de _____ en _____.

(Día) (Mes) (Año)

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

“NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION”
(NAVLE)

Acción tomada:

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: _____

Denegada: _____

Fecha: _____

Observación:

FIRMA DE PRESIDENTE/ MIEMBRO AUTORIZADO

REQUISITOS:

- _____ 1. **SOLICITUD** “North Veterinary Licensing Examination Application” debidamente juramentada.
- _____ 2. **Pago** por derecho a examen del “North American Veterinary Licensing Examination” (NAVLE)

_____ **\$100.00** Pago por derecho de solicitud. **(NO REEMBOLSABLES)**

Formas de Pago: ATH, VISA, Master card o Giro Postal (pagadero a Secretario de Hacienda)

- _____ 3. Para graduados de instituciones **no acreditadas** por la AVMA: Estar inscrito en el Programa “Educational Comisión for Foreign Veterinary Graduates” (**ECFVG**), o cumplir con todos los requisitos que exige este programa; o tener certificado Programa PAVE.

Nota: Tiene que haber cumplido con el paso tres (3) (Step 3) o el BCSE (Basic and Clinical Sciences Examination)

- _____ 4. **Original y Copia** de Diploma de Médico Veterinario graduado de una escuela acreditada, aprobada o enlistada o documento oficial que indique que es candidato a graduación en el curso presente de una escuela de la categoría antes mencionada. Candidatos graduados de escuelas no acreditadas necesita original y copia de Diploma de Medicina Veterinaria.

“JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO”

PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 00908-0200

- _____ 5. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, reciente.
- _____ 6. **En caso de extranjero:**
 - Prueba de Ciudadanía Americana o Naturalización Oficial del Consulado / Embajada, Certificado de Residencia o Permanencia.
 - Resultados prueba TSE y TOEFL o IELTS (**prueba de dominio del inglés, valido por dos años**).

LOCALIZACIÓN: 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

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