



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 Dental Examinadora

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE PERMISO PARA ADMINISTRAR
SEDACIÓN Y/O ANESTESIA GENERAL**

LICENCIA NUMERO: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

PERMISO NUM: _____ **TIPO:** _____

DOMICILIO DE LA PRÁCTICA: _____

FECHA EXPEDIDO: _____ **FECHA EXPIRACION:** _____

TELEFONOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Solicito la renovación del Permiso arriba mencionado. Incluyo la evidencia de los cursos de educación continua requeridos para este propósito, según establecidos en el Reglamento de la Junta Dental Examinadora.

CERTIFICO: Que mantengo las facilidades de la práctica debidamente equipadas, según el Permiso previamente otorgado, incluyendo el equipo para el manejo de emergencias médicas.

AUTORIZO a la **Junta Dental Examinadora de Puerto Rico** y/o aquellos funcionarios que ésta designe, a visitar mi oficina dental con el propósito de inspeccionar y evaluar las facilidades, equipo y personal bajo mi dirección y supervisión, en conexión con la presente solicitud.

Firma del Solicitante

Fecha

SOLICITUD DE RENOVACION DE PERMISO PARA ADMINISTRAR SEDACION Y/O ANESTESIA GENERAL

1. El solicitante debe acompañar evidencia acreditativa de que ha completado cursos de educación continua en anestesiología y tópicos relacionados con el control de dolor y ansiedad en la práctica dental **(TOMADOS EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE RENOVACION DEL PERMISO)** y según se requiere a continuación:

PARA PERMISO DE SEDACION TIPO A: 6 CREDITOS MINIMO

**PARA PERMISO DE SEDACION TIPO B 3 CREDITOS MINIMO
Y/O USO DE ANALGESIA CON OXIDO
NITROSO**

2. Se requiere la presentación de evidencia acreditativa de haber aprobado un curso **AVANZADO** en resucitación cardiopulmonar **(TOMADO EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE RENOVACIÓN DEL PERMISO)**.
3. El pago de derechos de la renovación del Permiso es de **\$50.00** dólares (**No reembolsables**). Debe incluir giro postal o bancario pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico o podrá efectuar pagos mediante (ATH, VISA o MASTERCARD).

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/>



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

P.O. Box 10200, San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605 EMAIL: cindy.reyes@salud.pr.gov