



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  
Y/O USO DE ANALGESIA CON OXIDO  
NITROSO** **3 CREDITOS MINIMO**

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