



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 EXAMEN Y LICENCIA
PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX _____ **e identificado mediante**

_____, mayor de edad,
Clase de Identificación _____ Número _____

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 conoce que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA 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.

Autoriza a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su licencia y para ampliar, aclarar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Firma del Solicitante

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

AFIDÁVIT NÚM: _____

Firma del Notario

SELLO DEL
NOTARIO

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

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Permanente: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Res. _____ Celular: _____

Email: _____

Estatura: _____ Color de Cabello: _____ Color de Ojos: _____ Peso: _____

Señas Particulares: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Lugar: _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

1. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? _____ De contestar en la negativa, indique si usted es:

☐ Naturalizado _____ ☐ Residente _____
Número de Certificado Número de Tarjeta

2. ¿Ha sido cambiado su nombre o su apellido? _____ De Contestar En La Afirmitiva, Indique:

Fecha y Lugar del Cambio Razón del Cambio Nombre Y/O Apellido Original

3. ¿Ha sido usted convicto de algún delito? _____ De contestar en la afirmativa, indique:

Naturaleza Del Delito Lugar Y Fecha Estatus

****Utilice Pliego o Documento Aparte Para Información Adicional, De Ser Necesario****

4. ¿Ha padecido o padece usted de alguna enfermedad o condición contagiosa? _____

De contestar afirmativamente, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y las condiciones de esta a la fecha de esta solicitud.

5. ¿Ha sido licenciado para practicar la odontología en otro estado o país? **Si** ☐ **No** ☐

De contestar afirmativamente, 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 o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia para practicar la odontología?

Si ☐ **No** ☐

De contestar afirmativamente, adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales.

7. ¿Ha fracasado alguna vez un examen de licenciatura? Si ☐ No ☐
De contestar afirmativamente, indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.
-

8. ¿Ha practicado la odontología sin una licencia en Puerto Rico o en cualquier estado?

Si ☐ No ☐

9. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para la práctica de la odontología en Puerto Rico?

Si ☐ No ☐

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

PERIODO DE ESTUDIOS

Primer Año _____
Segundo Año _____
Tercer Año _____
Cuarto Año _____
Est. Especial _____

Periodo _____
Período _____
Período _____
Período _____
Período _____

EDUCACIÓN DENTAL

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

PERIODO DE ESTUDIOS

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

Periodo _____
Período _____
Período _____
Período _____

Grado Obtenido

Institución Educativa

Fecha

CERTIFICADO MÉDICO

Yo, _____, médico autorizado a ejercer en _____
Nombre del médico en letra legible Estado/País

mediante la licencia número _____, expedida por _____.
Núm. Licencia Autoridad que le expidió la licencia

CERTIFICO que he examinado a _____
Nombre del solicitante en letra legible

encontrándolo en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Fecha

Firma del médico

CERTIFICACIÓN JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

(Debe ser completado por un dentista que conozca al solicitante y que no tenga vínculos de relación familiar)

COMPARECE _____, Seguro Social XXX -XX-_____
Nombre del dentista declarante

e identificado mediante _____, _____, y DEBIDAMENTE JURAMENTADO
Clase de identificación Número

CERTIFICA: que posee la licencia de dentista número _____, expedida en _____,
Estado o país

por la _____;
Nombre de la Junta Examinadora

que conoce personalmente a _____, por espacio de _____ años;
Nombre del solicitante

que DA FE de su Buena conducta moral y le recomienda a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA como
persona apta para ejercer la profesión de odontología en Puerto Rico.

Dirección del dentista

Firma del dentista

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

en _____.

AFIDÁVIT NÚM: _____

SELLO
DEL
NOTARIO

Firma del Notario

CERTIFICACIÓN DEL DECANO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DENTAL O DEL REGISTRADOR

* **Nota alcance:** Esta sección deberá ser completada solamente por aquellos solicitantes cuyas transcripciones originales no incluyan la certificación de grado y fecha de otorgación.

Yo, _____, Decano de la Escuela de
Nombre del Decano o Registrador

Odontología o Registrador de _____
Nombre de la institución

CERTIFICO que _____, fue admitido a esta
Nombre del Solicitante

institución en _____. Y completó _____ años de estudios. Obtuvo el grado de
Fecha de admisión Años

_____ en _____.
Grado Obtenido Fecha de Graduación

Certifico además que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante a la cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

Fecha Nombre y Firma del Decano/ Registrador

SELLO DE LA
INSTITUCION

HOJA DE EVALUACION Y COTEJO - PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: _____

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN

DENEGADA

Presidente

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha de Evaluación

Razón: _____

REQUISITOS GENERALES

- ____ 1. Solicitud oficial cumplimentada en todas sus partes.
- ____ 2. **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).
- ____ 3. **Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico y/o por el organismo correspondiente del país de origen. (La Junta podrá requerir ambos.) Este documento debe haber sido expedido durante los últimos treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- ____ 4. Presentar documentos que acrediten haber residido en Puerto Rico ininterrumpidamente por un periodo de seis (6) meses, según Ley 75, de 8 de agosto de 1925, según enmendada.
- ____ 5. **ORIGINAL** de la **Transcripción oficial de créditos del entrenamiento pre-dental**. Las transcripciones deben ser enviadas por las instituciones en las cuales el solicitante completó dichos estudios directamente a la oficina de la Junta. Solicitantes que hayan cursado estudios pre-dentales en más de una institución educativa, deben presentar transcripción de cada institución.
- ____ 6. **ORIGINAL** de la **Transcripción Oficial de Créditos** certificando la otorgación de grado como dentista y fecha de graduación deben ser enviados por la institución en la cual el solicitante completó el doctorado directamente a la oficina de la Junta. Si la información del grado de educación conferido como dentista y la fecha de graduación no están incluidas en la transcripción, deberá presentar un Certificado de Graduación del Registrador o una Certificación del Decano de la Escuela de Odontología que debe ser firmada por dicho funcionario.
- ____ 7. **ORIGINAL Y COPIA** del **DIPLOMA de Doctor en Medicina Dental o “Doctor in Dental Surgery”**.
- ____ 8. **PAGO** por la cantidad de **\$50.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de “Secretario de Hacienda” de Puerto Rico.

*****No se dará curso a la solicitud hasta tanto el aspirante haya presentado TODOS los documentos que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos de admisión, según éstos detallados en este documento.**

Dirección Física: Edificio GM Group, en el tercer piso, en la Calle Ponce de León #1590, en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras, San Juan PR 00927. Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica.

Dirección Postal: JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
P. O. BOX 10200
SAN JUAN, PR. 00908-0200

Teléfono: (787) 765-2929 Ext. 6605

Correo Electrónico: cindy.reyes@salud.pr.gov
Secretaria: Cindy L. Reyes Santiago

Es requerido obtener una cita 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



INFORMACIÓN GENERAL

- ✓ **EXAMEN TEÓRICO:** La Junta Dental Examinadora utiliza los exámenes teóricos de la Junta Nacional de Exámenes Dentales de la Asociación Dental Americana (NATIONAL BOARDS) como el Componente Teórico del examen de reválida. Es requisito haber aprobado estos exámenes dentro de los cinco (5) años anteriores a la fecha de la solicitud. Los solicitantes deben presentar el informe de resultados. *El requisito de cinco años solo aplica a dentistas que no tengan una licencia activa en alguno de los estados de EE. UU.
- ✓ **EXAMEN CLÍNICO:** La Junta utiliza los exámenes clínicos de; Commission on Dental Competency Assessments (CDCA), Western Regional Examining Board (WREB), Council of Interstate Testing Agencies (CITA), y CDCA-WREB-CITA como el Componente Clínico de reválida. Solicitantes que hayan aprobado dichos exámenes deben presentar el informe de resultados. Este documento debe ser enviado por directamente a la oficina de la Junta Dental Examinadora.
- ✓ **EXAMEN DE ETICA Y JURISPRUDENCIA:** Este examen será ofrecido por la Junta Dental. Debe entregar la solicitud debidamente cumplimentada e incluir los documentos requeridos para poder ser aprobado para tomar el examen. Una vez su expediente este aprobado, se le citará a la próxima fecha disponible para examen.

REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE ODONTOLOGÍA EN PUERTO RICO (Requisitos aplicables desde 22 de febrero de 2008)

La Ley Núm. 75 de agosto de 1925, según enmendada, reglamenta la profesión de Odontología en Puerto Rico y establece los siguientes requisitos:

1. Presentar ante la Junta Dental Examinadora la solicitud oficial provista por dicho organismo, cumplimentada en todas sus partes.
2. Presentar documentos que acrediten la identidad del solicitante y ser mayor de edad.
3. Poseer un diploma o su equivalente de Bachiller en Ciencias o un entrenamiento pre-dental de una universidad reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico y un diploma o su equivalente de Cirujano Dental expedido por la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, o por cualquier otra universidad o colegio, caso en el cual la Junta aceptará dicho expediente académico si éste acredita:
 - (a) que los requisitos de admisión y el programa a base del cual se expidió el diploma o su equivalente son análogos a los que exige la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico con el mismo propósito. (Véase hoja de Entrenamiento Pre-Dental Requerido a los Aspirantes a Examen de Reválida de Dentista)
 - (b) que el aspirante curso por lo menos los dos (2) últimos años de estudios requeridos para la expedición de tal diploma en una universidad o colegio que, a juicio de la Junta - tanto por el reconocimiento que tenga en el país donde está ubicada, o en otras jurisdicciones - pueda razonablemente considerarse que es una institución educativa adecuada y comparable, en cuanto a la enseñanza de dichos cursos, con la Escuela de Odontología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
4. Aprobar los exámenes teóricos y clínicos de las ciencias básicas y las disciplinas clínicas que determine la Junta para comprobar la capacidad del aspirante.

**ENTRENAMIENTO PRE-DENTAL REQUERIDO A LOS ASPIRANTES A EJERCER LA
PROFESION DE ODONTOLOGIA EN PUERTO RICO:**

REQUISITOS PARA GRADUADOS DE PROGRAMAS DE DOCTORADO REGULARES DE 4 AÑOS

Español.....	12 créditos	(1)
Inglés.....	12 créditos	(2)
Biología y Zoología.....	8 créditos	
Física.....	8 créditos	
Química Inorgánica.....	8 créditos	
Química Orgánica.....	8 créditos	
Ciencias Sociales y de la Conducta.....	6 créditos	
Créditos Electivos.....	28 créditos	(3)

MÍNIMO DE CRÉDITOS REQUERIDOS..... 90 CREDITOS
(o grado de Bachiller en Ciencias, que incluya los créditos anteriormente detallados)

**REQUISITOS PARA GRADUADOS DE PROGRAMAS DE DOCTORADO ESPECIALES (UBICACIÓN AVANZADA O
“ADVANCED PLACEMENT”)**

1. Los requisitos de entrenamiento pre-dental, según anteriormente detallados.
2. Poseer el título de Doctor en Cirugía Dental o Doctor en Medicina Dental bajo un programa especial de ubicación avanzada, de una institución educativa reconocida por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico.

-
- (1) Los requisitos de **español** podrán reducirse hasta 6 créditos, cuando el aspirante haya obtenido calificación de honor en esta asignatura.
 - (2) Los requisitos de **inglés** podrán reducirse hasta 6 créditos cuando el aspirante haya obtenido calificación de honor en dicha asignatura, o haya cursado sus estudios en instituciones radicadas en Estados Unidos.
 - (3) Los créditos electivos podrán ser aceptados, siempre y cuando sean en asignaturas que mejoren la preparación integral del aspirante y aumenten sus conocimientos en el campo de las ciencias.

**LA REDUCCIÓN DE LOS CRÉDITOS DE ESPAÑOL O DE INGLÉS NO EXIME AL ASPIRANTE DE CUMPLIR CON EL
MÍNIMO DE LOS 90 CRÉDITOS PRE-DENTALES REQUERIDOS**

La Junta podrá aceptar convalidación de créditos por universidades reconocidas, de asignaturas cursadas en otras universidades o colegios, siempre y cuando se verifique la aprobación de dichos créditos en la transcripción de la institución en que fueron cursados y que éstos hayan sido aprobados con la calificación mínima.