



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 PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL**

DECLARACION JURADA

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante

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

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 _____.

AFIDAVIT NUM: _____

**SELLO DEL
NOTARIO**

Firma del Notario

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

DIRECCION PERMANENTE: _____
Núm. y Calle Barrio o Urbanización Pueblo Zip Code

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: **RES.** _____ **CELULAR:** _____ **EMAIL:** _____

DESCRIPCION FISICA DEL SOLICITANTE

ESTATURA: _____ COLOR DE CABELLO: _____ COLOR DE OJOS: _____ PESO: _____

SEÑAS PARTICULARES: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ Si contesta en la negativa, indique si es usted

_____ NATURALIZADO _____ o _____ RESIDENTE _____
Número de certificado Número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO? _____ Si contesta en la afirmativa, indique
_____/_____
Fecha y lugar del cambio Razón del cambio Nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ Si contesta en la afirmativa, indique
_____/_____
Naturaleza del delito Lugar y fecha Status

UTILICE PLIEGO O DOCUMENTO APARTE PARA INFORMACION ADICIONAL, DE SER NECESARIO

¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA? _____
Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las condiciones de la misma a la fecha de esta solicitud.

CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA que conocemos personalmente a
_____ y que nos consta de propio conocimiento que es una persona respetable
Nombre del solicitante
y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de HIGIENISTA DENTAL.

Nombre en letra de molde

Dirección

Firma

Nombre en letra de molde

Dirección

Firma

EDUCACION ACADEMICA

Escuela Superior

Curso de Higienista Dental (institución)

Lugar

Lugar

Fecha de graduación

Fecha de graduación

REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL EN PUERTO RICO

De acuerdo con la Ley 75 de agosto de 1925, según enmendada por la Ley 74 de junio de 1971, y el Reglamento de la Junta Dental Examinadora, el solicitante a examen y licencia como Higienista Dental debe reunir los siguientes requisitos y presentar evidencia.

1. Tener dieciocho años de edad
2. Ser ciudadano americano o residente legal de Puerto Rico
3. Gozar de buena conducta
4. Ser graduado de una escuela superior reconocida por el Departamento de Educación, o poseer un equivalente
5. Ser graduado de un curso de Higienista Dental de una escuela, colegio o institución reconocida por el Departamento de Educación, o de una escuela, colegio o institución de Estados Unidos que sea acreditada

DOCUMENTOS QUE EL SOLICITANTE DEBE PRESENTAR CON LA SOLICITUD

- ____ 1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto
- ____ 2. Certificado de nacimiento en original. **Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación**
- ____ 3. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que presenta su solicitud.
- ____ 4. Original y copia del diploma o certificado de escuela superior. La copia será verificada y el original devuelto al solicitante. **En caso de que no pueda presentar el diploma o certificado, éstos pueden ser sustituidos por una transcripción oficial de créditos en original.**
- ____ 5. Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación (carta certificando que completó sus estudios) del curso de Higienista Dental. **Estos deben ser enviados por la institución directamente a la oficina de la Junta.**
- ____ 6. Giro postal o bancario por la cantidad de \$10.00 dólares (No Reembolsables), pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

INFORMACION GENERAL

1. **MANUAL DE INFORMACION:** Todo solicitante debe asegurarse de obtener el **MANUAL DE INFORMACION PARA EJERCER LA PROFESION DE HIGIENISTA DENTAL**, disponible en la oficina de la Junta a un costo de \$5.00. Esta cantidad puede incluirse con el pago de derechos de examen y licencia.
2. **EXAMEN TEORICO:** 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. Este documento debe ser enviado por la Junta Nacional directamente a la oficina de la Junta Dental Examinadora.
3. **EXAMEN CLINICO:** La Junta utiliza los exámenes clínicos del “Council of Interstate Testing” Agencies (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 el “Council of Interstate Testing Agencies (CITA)”, directamente a la oficina de la Junta Dental Examinadora.

4. No se dará curso a las solicitudes hasta tanto el aspirante haya presentado todos los documentos que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos, según están detallados en este documento.
5. La oficina de la Junta Dental Examinadora radica en la GM Group #1590 Ponce de León Rio Piedras, PR 00927

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

Secretaria: Cindy Reyes

Teléfonos: (787) 765-2929 Ext. 6605

Email: cindy.reyes@salud.pr.gov

Para entregar la solicitud, documentos y/o realizar gestiones en nuestras facilidades:

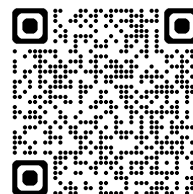
Para citas:

Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



Para acceso a nuestro portal:

Link del portal de salud: <https://www.salud.pr.gov/cms/444>



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

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: _____

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha de Evaluación

DENEGADA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

RAZON: _____

