



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**

ADHIERA FOTOGRAFÍA  
2 X 2  
RECIENTE

### JUNTA DENTAL EXAMINADORA

### SOLICITUD LICENCIA ESPECIAL



Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Núm. De S.S. # \_\_\_\_\_ (últimos cuatro) Email: \_\_\_\_\_

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Núm. de Licencia Permanente: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de Expedición: \_\_\_\_\_ Posee Especialidad: \_\_\_\_\_

Universidad donde se graduó: \_\_\_\_\_

Institución donde ofrecerá los servicios: \_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de Culminación: \_\_\_\_\_

Persona encargada de la Institución: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO**

P.O. BOX 10200 SAN JUAN, P.R. 00908-0200

## **REQUISITOS PARA EXPEDICIÓN DE LICENCIA ESPECIAL**

Según lo establece la Ley 75 del 8 de agosto de 1925 en el Capítulo III, Autorización Especial - Es una autorización que se expide a dentistas que se trasladan a Puerto Rico con el único fin o propósito de llevar a cabo una actividad específica o con un fin especial. Esta autorización se expide por el término de sesenta (60) días, pudiendo ser prorrogable y/o a discreción de la junta.

Sera requisito para la obtención de tal autorización que el candidato este legalmente autorizado a ejercer la profesión de odontología en cualquier estado de los Estados Unidos de América o cualquier otro país, y que así lo demuestre a satisfacción de la Junta.

1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes.
2. Giro Bancario por la cantidad de \$15.00 (**No reembolsables**) pagadero a Secretario de Hacienda de Puerto Rico o puede pagar con **ATH, Visa, MasterCard**.
3. Identificación con foto vigente (Licencia de Conducir, ID de DTOP o Pasaporte).
4. Original y Copia del Certificado de Nacimiento.
5. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico y del País donde ha estado residiendo. Documento no debe tener más de treinta (30) días de radicado.
6. Carta de la Institución donde estará ofreciendo los servicios. En la misma debe de indicar dirección, el trabajo que estará realizando y las fechas que permanecerá ofreciendo los servicios.
7. Copia del Seguro de Impericia Médica.
8. Good Standing (verificación de licencia) de la Jurisdicción de procedencia de la licencia que le autoriza a ejercer la profesión de odontología.

**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, P.R. 00908-0200

[cindy.reyes@salud.pr.gov](mailto:cindy.reyes@salud.pr.gov)

787-765-2929 Ext. 6605