



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 RENOVACIÓN LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA
DENTISTA FACULTATIVO**

Solo para Dentistas Extranjeros, no licenciados en PR, EEUU y Canadá

LICENCIA NÚMERO: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

FECHA EXPEDIDA: _____ FECHA EXPIRACION: _____

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

Yo, _____, solicito la renovación de
la licencia limitada de facultad con el único propósito de ejercer como profesor facultativo en la
Escuela de Medicina Dental de _____ y
obtener privilegios de hospital en los Centro de Enseñanza para dentistas y sus especialidades de la
Escuela de Medicina Dental antes mencionada.

Reconozco que esta licencia no me autoriza a ejercer la profesión en la práctica privada, ya
que se emite con propósito educación y de enseñanza.

Para, que así conste, firmo, hoy, _____ de _____ de _____.

Dentista solicitando licencia limitada

SOLICITUD RENOVACIÓN LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA DENTISTA FACULTATIVO

Solo para Dentistas Extranjeros, no licenciados en PR, EEUU y Canadá

- _____ 1. El solicitante debe acompañar evidencia acreditativa de que ha completado 15 horas crédito en cursos de educación continua para Dentistas. Estas horas se deben tomar durante el año de vigencia de su licencia. Deberá presentar evidencia de haber tomado CPR (3 hrs), Control de Infecciones (3 hrs) y Bioética (2 hrs). Cada tres (3) años deberá presentar evidencia de haber retomado los cursos obligatorios, mientras continúe renovando anualmente su Licencia Limitada para Dentista Facultativo.
- _____ 2 Presentar a la Junta evidencia de contrato vigente como Docente con rango académico por una Escuela de Medicina Dental debidamente acreditada (CODA) en Puerto Rico.
- _____ 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. **Certificación negativa de deuda de pensión alimenticia**, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de un mes previo al registro de su licencia, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
- _____ 5. **Presentar identificación vigente** (licencia de conducir, pasaporte, ID militar, ID del CESCO digital debe estar impreso)
- _____ 6. **PAGO** por la cantidad de **\$15.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa, MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de “Secretario de Hacienda” de Puerto Rico

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