

CURSO PARA CERTIFICACION DE RADIOLOGIA
Presentado por SOUTH FLORIDA DISTRICT DENTAL ASSOCIATION

Fecha: **sábado, 26 de enero de 2008**
Hora: **9:00 a.m. - 4:00 p.m.**
Lugar: **Parrot Jungle Island – Treetop Ballroom**
1111 Parrot Jungle Trail Miami, FL 33132
Costo: **\$ 110.00 per person**

**REGLAS GENERALES
SE REQUIERE SU
PUNTUAL ASISTENCIA**

- * Después de las **9:30 am** no se permitirá la entrada de ningún estudiante al curso.
- * Cada participante recibirá el correspondiente manual confirmando la inscripción antes del curso.
- * Quienes apliquen, **después del 11 de enero 2008** recibirán el manual el día del curso.
- * Cancelaciones del curso hechas antes de las 24 horas y el regreso del manual se les reembolsará el dinero menos \$5 por cargos administrativos.
- * **Tienen 30 días** para reinscribirse en el proximo curso. **No excepcion.**
- * Por favor conserve este memo para recordar la fecha, hora y lugar.
- * Por favor traiga papel y lápiz para tomar notas.

Chapter 64B5 - Rule 9.011 Amended 5/20/02
Radiography Training For Dental Assistants
El Board de la Florida, modificó la regla 64B5-9.011, relacionada con el tratamiento en radiología para asistentes dentales (4c). La nueva regulación establece un tiempo máximo de 15 meses, como límite, para el entrenamiento de asistentes en el trabajo. Las asistentes pueden continuar tomando radiografías sin la certificación, por esos 15 meses. Asistentes dentales con un mínimo de tres meses continuos de entrenamiento en el trabajo tomando radiografías bajo la supervisión directa del dentista, pueden tomar un curso acreditado en radiología. Las personas *necesitan estar por 12 meses* en entrenamiento en el trabajo. Asistentes dentales que completen con éxito el curso dado por el SFDDA, el cual es aprobado por el Board of Dentistry, son elegibles para la certificación en radiología.
Los participantes deben ser mayores de 18 años.

Si, inscribeme en el curso de CERTIFICACION DE RADIOLOGIA

____incluyo mi cheque for **\$ 110.00** pago á: **SFDDA**

____ **Carge \$110** á mi ____ **VISA** ____ **MasterCard** ____ **Discover**

NOMBRE: _____ TELEFONO DE CASA: _____

Direccion de casa: _____ CIU: _____ EST: _____ ZIP: _____

DENTISTA EMPLEADOR: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

Numero de Tarjeta de credito # _____ Exp. _____

Signature: _____

Envie esta forma, el pago y la forma notarizada á:
SFDDA, 420 S. Dixie Hwy, #2-E, Coral Gables, Fl. 33146

South Florida District Dental Association
420 South Dixie Hwy, Coral Gables Florida 33146 Tel. 305.667.3647

**RADIOLOGY
CERTIFICATION COURSE**

Applicants for this course must fill out, notarize, and return this form to SFDDA

**YOUR EMPLOYING DENTIST MUST SIGN AND NOTARIZE THIS FORM.
THIS ORIGINAL FORM MUST BE RETURNED WITH REGISTRATION COURSE FEE.
(ESTA FORMA DEBE DE SER COMPLETADA POR SU EMPLEADOR Y DEBE SER NOTARIZADA)**

APPLICANT'S NAME _____

EMPLOYING DENTIST'S NAME _____

OFFICE ADDRESS _____

WORK NUMBER _____

BY SIGNING BELOW I AM VERIFYING THAT THE APPLICANT NAMED ABOVE HAS BEEN UNDER MY EMPLOYMENT AND HAS "COMPLETED A MINIMUM OF AT LEAST 3 MONTHS OF CONTINUOUS ON-THE-JOB TRAINING THROUGH ASSISTING IN THE POSITIONING AND EXPOSING OF DENTAL RADIOGRAPHIC FILM UNDER THE DIRECT SUPERVISION OF A FLORIDA LICENSED DENTIST" IN ACCORDANCE WITH THE FLORIDA BOARD OF DENTISTRY RULE 64B5-9.001.

DENTIST'S SIGNATURE

DENTIST'S LICENSE
NUMBER

By signature and seal below, I hereby certify that I have verified the identification of the dentist signing above.

NOTARY PUBLIC
Commission Expires On: _____

