

JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS RADIOLOGICOS EN IMAGENES DE DIAGNOSTICO
Y TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA DE PUERTO RICO

**SOLICITUD DE ADMISION A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA
PERMANENTE TECNOLOGOS EN ULTRASONIDO MEDICO**



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y los requisitos educativos especificados en la Ley Número 76 del 12 de abril de 2006, según enmendada, y en base a los reglamentos registrados en el Departamento de Estado o Resoluciones dispuestas por la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para anular la licencia, después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

DECLARACION JURADA

Estado o Territorio _____ Ciudad de _____

Yo, _____
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

e Identificado mediante _____
Método de identificación

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO.

Expone que la persona a quien refiere esta solicitud es mayor de dieciocho (18) años que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia entidad pública o privada para que ofrezca Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico cualquier que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y Jurado ANTE MI, Hoy día _____ de _____

de _____, en _____, bajo mi firma y sello.

SELLO
NOTORIAL

AFFIDAVIT NUM. _____

Firma del Notario Público

DATOS PERSONALES

El solicitante debe cumplimentar todos los encasillados en forma legible

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

FECHA Y LUGAR NACIMIENTO _____ / _____ / _____
Mes día año Pueblo / país

SEGURO SOCIAL _____ / _____ / _____ **TEL.** _____ **EMAIL:** _____

DIRECCION

POSTAL _____

00 _____

PREGUNTAS LEGALES

1. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI () NO ()

En caso negativo explique papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

2. ¿HA SIDO CONVICTO DE DELITO GRAVE ? SI () NO ()

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

3. ¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL? SI () NO ()

4. ADICCION A DROGAS? SI () NO () ALCOHOLISMO? SI () NO ()
En caso afirmativo someta una certificación médica.

PREPARACION ACADEMICA

EDUCACION UNIVERSITARIA
(Grado Asociado o Bachillerato)

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ **Fecha de Obtención** _____

ACOMODO RAZONABLE para la reválida?

SI _____ **NO** _____.

En caso afirmativo someta una Certificación Médica (especialista) en base a sus condiciones. Deberá especificar cuales serian estas recomendaciones .

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD
SONOGRAFIA

CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

Para ser firmadas por (2) dos profesionales licenciados de la Salud que puedan dar FE de sus cualidades profesionales y personales.

NOMBRE DEL SOLICITANTE:



Yo _____ / _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE FIRMA

Poseo Licencia Permanente Número _____ como _____

Mi dirección postal _____

Mi teléfono celular- email _____

Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnostico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos _____ (años), que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de SONOGRAFIA MEDICA CON LA ESPECIALIDAD DE :



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

Yo _____ / _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE FIRMA

Poseo Licencia Permanente Número _____ como _____

Mi dirección postal _____

Mi teléfono celular- email _____

Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnostico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos _____ (años), que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de SONOGRAFIA MEDICA CON LA ESPECIALIDAD DE :



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD
SONOGRAFIA

PO BOX 10200, SANTURCE, P.R. 00908-0200

TEL. 787-999-8989 Ext. 6590 calrodriguez@salud.gov.pr

INFORMACION GENERAL PARA LOS ASPIRANTES

*Todo aspirante que solicite más de una especialidad deberá presentar **UN SET DE COPIA DEL ORIGINAL** al momento de emitir el pago en la División de Recaudaciones de la Oficina de la Juntas Examinadoras.*

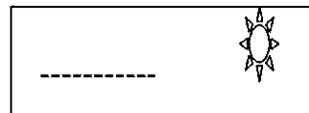
Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluirle los requisitos:

- 1) Certificado de Nacimiento (Original y Copia)
- 2) Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de seis (6) meses previo a la fecha de radicación.
- 3) Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública. (Original)
- 4) Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores (ASUME)
- 5) Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado o Bachillerato en Sonografía. (Original y Copia)
- 6) Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Asociado o Bachillerato en Sonografía.

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD
SONOGRAFIA
PO BOX 10200, SANTURCE, P.R. 00908-0200

- 7) Presentar un pago POR CADA ESPECIALIDAD de TREINTA (\$30.00) dólares por ADMISION a examen de reválida. De ser por medio de un giro postal es a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA. Puede ser pago también por Sistema de ATH-VISA O MasterCard.

- 8) DOS SOBRES PREDIRIGIDOS CON SELLO POSTAL



En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN (ARDM) (CCI) deberá someter los documentos todos del 1-6 en adicción los siguientes documentos:

1. Original y Copia del Certificado de Aprobación.
2. Original y Copia de los Resultados de Reválida.
3. Original y Copia de la Tarjeta de Registro Vigente.
4. Presentar un pago de ochenta (\$80.00) dólares por cada convalidación a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
SONOGRAFIA

BOX 10200, SANTURCE, P.R. 00908-0200
TEL. 787-999-8989 Ext. 6590 calrodriguez@salud.gov.pr

