



Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
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**

() Tecnólogos Radiológicos () Tecnólogos en Radioterapia

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, que reglamentan la profesión.

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

DECLARACION JURADA



Estado o
Territorio _____

Ciudad de _____

Yo, _____
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

y debidamente **JURAMENTADO** expone que es la
persona a quien refiere esta solicitud y por medio
de la identificación _____

_____ y que
las declaraciones que esta contiene son verídicas.
La fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue
tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, Hoy día _____ **de** _____

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

AFFIDAVIT NUM. _____



FIRMA DEL NOTARIO



DATOS PERSONALES

EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGIENTES ENCASILLADOS EN LETRA LEGIBLE Y/O MAQUINILLA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

FECHA DE NACIMIENTO _____ **LUGAR:** _____
Mes día año Pueblo / país

SEGURO SOCIAL _____ **TEL.** _____ **EMAIL** _____

DIRECCION POSTAL _____

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, ADICCION A DROGAS, ALCOHOLISMO?** SI _____ NO _____. *En caso afirmativo someta una certificación médica, explicando la condición de salud actual.*

4. **¿Usted padece de alguna CONDICION que requiera ACOMODO RAZONABLE para la reválida?** SI _____ NO _____.

En caso afirmativo deberá someta una CERTIFICACION OFICIAL por el especialista de salud explicando la condición y a su vez brindar los acomodos razonables recomendados. .

PREPARACION ACADEMICA Y PROFESIONAL

ESTUDIOS SECUNDARIA (Cuarto Año)

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ **Fecha de Obtención** _____
EDUCACION UNIVERSITARIA (Grado Asociado o Bachillerato)

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ **Fecha de Obtención** _____



CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

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

(1)

Nombre del Solicitante _____

Yo, _____, Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia, que poseo Licencia Permanente Número _____ como _____ 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 **TECNOLOGOS RADIOLOGICOS/ TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA** en Puerto Rico.

Firma: _____ Tel(Res): _____

Dirección Postal: _____ P.R. _____

(2)

Yo, _____, Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnostico y Tecnólogos en Radioterapia, que poseo Licencia Permanente Número _____ como _____ 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 **TECNOLOGOS RADIOLOGICOS/ TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA** en Puerto Rico.

Firma: _____ Tel(Res): _____

Dirección Postal: _____ P.R. _____



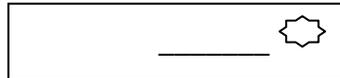
INSTRUCCIONES AL ASPIRANTE

Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluirle los requisitos abajo mencionados .

- 1) **Original y Copia del Certificado de Nacimiento.**
- 2) **Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, No más de seis (6) meses de la fecha en que va ha radicar la solicitud. (Se acepta documento expedido por la Internet adjunto con la validación)**
- 3) **Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.**
- 4) **Presentar Original y Copia del Diploma; y/o Transcripción y/o Certificación de haber completado Cuarto Año.**
- 5) **Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado o Bachillerato en Tecnología Radiológica o Imágenes.**
- 6) **Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado en Tecnología Radiológica y/o Imágenes. Deberá enviarse directamente de la Universidad o Colegio a la siguiente dirección :**

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos
P.O. BOX 10200 Santurce, P.R. 00908-0200**

___ 7. **Tres sobres con sello (PRE- DIRIGIDOS)**



8) **Presentar un pago de cuarenta (\$40.00) dólares por ADMISION a examen de reválida a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.**

En relación a los Tecnólogos en Radioterapia deberá someter los documentos del 1-4 y el 7 y los siguientes documentos:

1. **Original y Copia de la Licencia Permanente de Tecnología Radiológica.**
2. **Original y Copia de la Certificación de Registro Vigente de Tecnología Radiológica**
3. **Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por Médico Radiólogo y/o el Físico.**
4. **Presentar el Original del Horario de Práctica para evidenciarlas.**

En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-6 y 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 a nombre de _____ Giro Postal y/ o

HOJA DE COTEJO

Certifico que el Srta/Sr/Sra: _____

hizo entrega hoy _____ de _____ de _____, los documentos

requeridos para optar por examen de reválida teórica que se ofrecerá

en _____. **RECIBIDA POR :** _____

___ 1) Solicitud el día debidamente cumplimentado (Foto, Afidávit, Solvencia Moral).

___ 2) Original y Copia del Certificado de Nacimiento.

___ 3) Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, No más de seis (6) meses de la fecha en que va ha radicar la solicitud. (Puede presentar documento expedido por la Internet)

___ 4) Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.

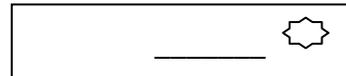
___ 5) Presentar Original y Copia del Diploma; y/o Transcripción y/o Certificación de haber completado Cuarto Año.

___ 6) Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado en Tecnología Radiológica o Imágenes.

___ 7) Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado en Tecnología Radiológica y/o Imágenes. Deberá enviar directamente de La Universidad o Colegio a la siguiente dirección :

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos
P.O. BOX 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200**

___ 8. Tres sobres con sello (PRE- DIRIGIDOS)



___ 9) Presentar un pago de cuarenta (\$40.00) dólares por ADMISION a examen de reválida mediante un Giro Postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH.

En relación a los Tecnólogos en Radioterapia deberá someter los documentos del 1-4 y el 7 y los siguientes documentos:

___ 1. Original y Copia de la Licencia Permanente de Tecnología Radiológica.

___ 2. Original y Copia de la Certificación de Registro Vigente de Tecnología Radiológica

___ 3. Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por Médico Radiólogo y/o el Físico.

___ 4. Presentar el Original del Horario de Práctica para evidenciarlas.

En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-7 y 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 mediante un Giro Postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH.**