DEPARTAMENTO DE SALUD
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
PO Box 10200 Santurce PR 00908
787- 765-2929 EXT. 6533,6532,6591,3464,6642

JEE 002

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

## SOLICITUD DE LICENCIA DE ENFERMERA(O) LPN ☐ ADN ☐ BSN ☐ ESP ☐ PA ☐

| | |
|---|---|
| Nombre | Apellidos, Nombre [en letra de molde] |

| Licencia mediante: | Idioma en que tomará el examen de PR |
|---|---|
| ☐ Examen de Reválida de PR<br>☐ Cambio de Categoría<br>☐ Endoso<br>☐ Extranjero | ☐ Español ☐ Inglés<br><br>Propósito de la solicitud:<br>☐ Trabajo ☐ Estudios ☐ Educador |

| | |
|---|---|
| Dirección Postal | Pueblo: País: Código Postal |
| Teléfono | Residencial o Celular: |
| Correo electrónico | |

**ADHIERA**

**FOTO AQUÍ**

**2X2**

## DECLARACION JURADA

COMPARECE _____Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO
Nombre completo del solicitante

1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada **recientemente**----------
2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Enfermería pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado **falsamente**----------
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Enfermería información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.----------

_____
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE Ml, hoy día ___ de _____ año ____

Affidavit No. _____

Firma de Notario: _____

SELLO DE
ASISTENCIA LEGAL

DEPARTAMENTO DE SALUD
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
PO Box 10200 Santurce PR 00908
787- 765-2929 EXT. 6533,6532,6591,3464,6642



# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

## INFORMACION PERSONAL

| Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy | Lugar de Nacimiento Pueblo/País | Número de Seguro Social |
|---|---|---|

| Ciudadanía: ☐ Estados Unidos de América ☐ Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente _____ | Género: ☐ Femenino ☐ Masculino | Acomodo razonable: ☐ SI ☐ NO **En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable** |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN ACADÉMICA

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Practica/o (LPN) ☐ Asociado (ADN) ☐ Generalista (BSN) | Institución donde obtuvo el grado | Año de Graduación |
| ☐ Enfermera/o Especialista (MSN) | Institución donde obtuvo el grado | Año de Graduación |
| Concentración clínica / Rol | | |
| Practica Avanzada ☐ Anestesia ☐ Partera ☐ Nurse Practitioner ☐ Especialista Clínico | Institución donde obtuvo el grado | Año de Graduación |
| Concentración clínica / Rol | | |

## INFORMACION PROFESIONAL

¿Tiene o ha tenido licencia de Enfermería en Puerto Rico u otra jurisdicción de los EEUU?
Si la respuesta es afirmativa indique estado/territorio en el cual tiene o ha tenido licencia para ejercer como Enfermería.

| Categoría y Jurisdicción | Fecha en que fue conferida |
|---|---|
| Núm. de Licencia | Estatus: ☐ Activa ☐ Inactiva ☐ Otra _____ |
| Categoría y Jurisdicción | Fecha en que fue conferida |
| Núm. de Licencia | Estatus: ☐ Activa ☐ Inactiva ☐ Otra _____ |

¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión?
Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.

| Profesión | Núm. de Licencia | Fecha en que fue conferida |
|---|---|---|
| Jurisdicción | Estatus: ☐ Activa ☐ Inactiva ☐ Otra _____ | |
| Profesión | Núm. de Licencia | Fecha en que fue conferida |
| Jurisdicción | Estatus: ☐ Activa ☐ Inactiva ☐ Otra _____ | |

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

| HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique:<br>Fecha:_____<br>Naturaleza del delito: _____<br>Jurisdicción (ciudad/estado): | SI | NO |
| 2. | ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional | | |
| 3. | ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Enfermera(o) en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU? | | |
| 4. | ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o Seguro Social? | | |
| 5. | ¿Está física o mentalmente incapacitado para prestar servicios enfermería con razonable habilidad, seguridad y competencia? | | |
| 6. | ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta a su competencia profesional? | | |
| 7. | ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU? | | |
| 7. | Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querella o investigación no resuelta en relación con la profesión de la enfermería o cualquier otra profesión? | | |
| 8. | ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional? | | |

**Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, incluya explicación en un documento separado**

## CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, NO familiar del solicitante)

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Enfermería.

| | |
|---|---|
| Nombre | / Firma: |
| Dirección | |
| Profesión y Núm. LIC. | |
| Número de años que conoce al candidato | |
| Nombre | / Firma: |
| Dirección | |
| Profesión y Núm. Lic. | |
| Número de años que conoce al candidato | |

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

## CERTIFICACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION EN ENFERMERIA

(Deberá ser completado por el/ la directora/a o el/la Registrador/a del programa}

**TINTA AZUL**

1. Nombre del solicitante_____
2. Colegio o Universidad _____
3. Direccion_____
4. Grado de Enfermería _____
5. Fecha en que fue admitido/a o clasificado/a en el programa _____
6. Fecha en que completo los requisitos de estudio del programa _____

**CERTIFICO** que esta información es correcta y exacta, según el expediente académico del solicitante, cuyo nombre aparece en el **encasillado 1;** que el programa tiene una duración de ____ años académicos, que el/la solicitante completo el programa y recibió el grado académico.

| |
|---|
| **(SELLO DE LA INSTITUCION)** |

Nombre_____

Titulo_____

Fecha_____

Firma_____

**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? SI ☐ NO ☐

- ✓ Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
- ✓ En caso contrario, entregue el siguiente certificado médico.

## CERTIFICADO MEDICO

YO,_____ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____

encontrándole en buen estado general de salud (física y mental) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____

Firma del Medico Fecha

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

| ACCION DE JUNTA | |
|---|---|
| ☐ Licencia provisional otorgada | fecha: |
| ☐ Licencia permanente otorgada | fecha: |
| Categoría ☐ LPN ☐ ADN ☐ BSN ☐ ESP ☐ PA | |
| Firma de Licencia provisional: | |
| Firma de Licencia permanente: | |

**ACCION DE PERSONAL ORCPS**

**Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____**

**Numero de Licencia Provisional si aplica: _____**

**Firma secretaria que realiza licencia Provisional: _____**

**Numero de licencia Permanente: _____**

**SELLO DE RECAUDO:**

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

## Hoja de Evaluación de Licencias de otros Estados (Endoso) o del Extranjero. (Uso exclusivo de la Junta)

**Nombre Profesional de enfermería: _____**

**Fecha Sometido a la Junta: _____**

**Recibido Por: _____** **Categoría: _____**

_____ Presentar ante la Junta la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea. Aquellas solicitudes que sean sometidas desde fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del "County Clerk".

_____ Foto tamaño 2 X 2, adherir según corresponde.

_____ Pago de $_____ por concepto de Solicitud, El pago no es reembolsable.

_____Transcripción de Crédito

____ Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente a la Junta desde la institución donde obtuvo el grado académico.

____ Original y presentar copia del Diploma del grado académico.

_____Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EEUU y sus territorios) deben presentar además la Evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La Institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta.

____Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR y del lugar que vivió por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su solicitud. **Vigencia de 30 días.**

____Certificación de Credenciales e Historial delictivo (PUERTO RICO BACKGROUND CHECK PROGRAM)

____ Al momento de entregar la solicitud debe presentar la Certificación de negativa de ASUME **su vigencia es de 90 días** o plan de pago, **su vigencia es de 30 días.**

____Certificado de Nacimiento (original y copia) expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Entregar copia y Presentar el original

____Evidencia visa de ciudadanía o residencia permanente en los EEUU o de trabajo. Entregar copia y presentar el Original

____Certificación de haber completado la Escuela Superior emitida por el Departamento de Educación de Escuela o Diploma de Escuela Superior original y copia para ser certificada como fiel y exacta por El funcionario administrativo de la Junta (**solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Práctica(o).**

# Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

____Presentar identificación válida en Puerto Rico (**Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real id**).

____Dos sobres pre-dirigidos con sello.

____Si el aspirante ha trabajado en territorio de los Estados Unidos deberá presentar evidencia de informe del "National Practitioner Data Bank".

_____Candidatos con licencia de enfermería vigente en los EEUU deben incluir "Good Standing" de la jurisdicción donde poseen la licencia enviada por correo, directamente a la JUNTA.

____ Resultados del NCLEX oficial y sellados directamente del Board.

____ Cantidad de Licencias que posee en otros Estados _____.

____ Profesionales de práctica avanzada deben tener certificación nacional o internacional aceptadas por la Junta, según se describe a continuación:

- **Especialista Clínico** – certificación nacional del "American Nurses Credentialing Center" (ANCC)
- **Enfermera/o Obstétrica-Partera/o** – certificación nacional del "Acreditation Commission for Midwifery Education" (ACME)
- **Enfermera/o Anestesista** – "National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists" (NBCRNA)
- **"Nurse Practitioner"** - certificación nacional del "American Nurses Credencialing Center" (ANCC)

_____Evidencia de aprobación de los siguientes cursos, de una universidad o institución aprobada o reconocida por el JIPPR y la Junta: (**EXTRANJEROS SIN EXAMEN NACIONAL NCLEX**)

_____farmacología, ____médico quirúrgico, _____historia de Puerto Rico

_____Examen de TOEFL en su defecto, ____Dos cursos universitarios de inglés ____Uno en español.

**Cometarios y Evaluación:**

_____

_____

Fecha: _____

_____
**Firma Miembro de la Junta Evaluador**