



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD PARA CERTIFICACION EN UN AREA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA

Nombre	Apellidos, Nombre [en letra de molde]
Dirección Postal	Pueblo: País: Código Postal
Teléfono	Residencial o Celular: Familiar:
Correo electrónico	
ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2	<p style="text-align: center;">DECLARACION JURADA</p> <p style="text-align: center;">COMPARECE _____ Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO Nombre completo del solicitante</p> <p>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-----</p> <p>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-----</p> <p>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.-----</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma del Solicitante</p>
Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ___ de _____ año ____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> SELLO DE ASISTENCIA LEGAL </div>
Affidavit No. _____	
Firma de Notario: _____	



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: <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
<input type="checkbox"/> Asociado (ADN) <input type="checkbox"/> Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
<input type="checkbox"/> Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Practica Avanzada <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Especialista Clínico	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
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: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL		
	SI	NO
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____		
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, querrela 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



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. Área de Especialidad _____
5. Fecha en que fue admitido/a en el programa _____
6. Fecha en que completo los requisitos de estudio del programa _____
7. Horas completadas _____

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.



Nombre _____

Titulo _____

Fecha _____

Firma _____



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCION DE PERSONAL ORCPS

Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____

Numero de certificado otorgado en: _____

Fecha de otorgación _____

Firma de Presidente o Representante Autorizado _____

SELLO DE RECAUDO:



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INSTRUCCIONES

Toda persona que presente ante la Junta Examinadora de Enfermería una solicitud para obtener una **Certificación en un Área de especialidad**, según establecido en el Reglamento 9104, Capítulo IX Regla 1 del 9 de agosto de 2019, deberá someter prueba por escrito de haber completado un programa de estudios en el área de especialidad que solicita. Esta Certificación deberá ser renovada por el Profesional de cada tres (3) años en conjunto con la licencia profesional. Se requerirán diez (10) horas de Educación Continua en el Área de cuidado para renovar su certificación.

REQUISITOS

El aspirante que solicite a la Junta Examinadora la expedición de una certificación para ejercer como Enfermera o Enfermero en un área de especialidad en enfermería deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Radicar ante la Junta una solicitud de certificación con la información requerida en todas sus partes y juramentada ante un Notario Público.
2. Copia de la licencia permanente de Enfermero(a) Especialista, Generalista o Asociada/o, debidamente registrada y recertificada para ejercer en Puerto Rico.
3. Someter transcripción oficial de créditos o certificación con el número de horas de teoría y práctica requeridas por el programa de estudios.
4. Original del certificado de antecedente penales negativo expedido por la Policía de Puerto Rico o del lugar donde ha estado residiendo durante los últimos años. **Este certificado tiene duración de un mes (30) días luego de ser expedido.**
5. Pago de treinta (\$30.00) en giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda adjunto con la solicitud, por concepto de evaluación de documentos y expedición de certificación. Los derechos por concepto de solicitud de certificación no serán reembolsados al solicitante.
6. Un sobre con sello.