JUNTA EXAMINADORA PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE
AUDIÓLOGOS Y TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE
DE PUERTO RICO

Apartado #10200 San Juan PR 00908
Tel. 999-8989 ext 6598
Email: losorio@salud.gov.pr

SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN DE REVÁLIDA

INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE (LEER ESTA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD)

Esta solicitud tiene que ser en formato original, la cual puede obtener directamente con la Junta Examinadora en la siguiente dirección: calle Ponce de León # 1590. Marginal Carr. No. 1(de Río Piedras a Caguas) (frente al antiguo edificio de la Electrónica) entrando por marginal entre por *Subway* y *City Mattress*. No se aceptan formularios de solicitud que incompletos o editados. La misma debe ser completada en todas sus partes con los siguientes requisitos de acuerdo a la Ley Número 77 de 3 de junio de 1983, según enmendada.

1. Someta original de Transcripción Oficial de Créditos con **el grado obtenido** y Certificación de Grado. La institución deberá ser reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. Estos documentos serán enviados por la Universidad directamente a la Junta.
2. Foto reciente a color (tipo pasaporte), autografiada al frente.
3. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral, de dos profesionales de la salud, debidamente licenciados que firmarán en el área correspondiente de la solicitud.
4. Diploma de escuela superior (original y copia o su equivalente)
5. Certificado de Buena Conducta (original) de **no más de tres meses de expedido**. De ser electrónico deberá traer la validación electrónica del mismo.
6. Certificado de Nacimiento (original) y copia de **no más de un año de expedido. (Ver Manual).**
7. Presentar evidencia que demuestre su estatus legal en Puerto Rico y el permiso para trabajar. (Si usted, no es ciudadano de Estados Unidos). **(Ver Manual).**
8. Certificado Médico
9. Tres sobres pre-dirigidos con sello.
10. Copia de identificación-Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte.
11. Presentar pago con ATH, tarjeta de créditos, Cheque certificado por el banco o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda por los siguientes derechos:

Terapistas del Habla-Lenguaje

1. Derecho a examen y licencia permanente: $25.00
2. Derecho de solicitud licencia provisional: $50.00

Patólogos del Habla-Lenguaje y Audiólogos

3. Derecho a examen y licencia permanente: $50.00
4. Derecho de solicitud licencia provisional: $50.00

Audiólogos: Deberán solicitar por escrito la convalidación del examen Praxis, y fecha que lo tomarán. Presentar los resultados del Praxis. Dichos resultados serán en original y sellados.

***Deberá presentar los siguientes requisitos:**

Identificación Vigente.
Deberá traer bolígrafo.
Deberá tener mascarilla.

LOS DERECHOS COBRADOS NO SERÁN DEVUELTOS BAJO NINGÚN CONCEPTO.
ESTAS INSTRUCCIONES SON DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO

***El pago para Didaxis será pagadero directamente a la Compañía, cuando la Junta se lo indique

Nota: Se recomienda adquiera la Ley número 77, según enmendada y el Reglamento General de la Junta Examinadora para que revise los requisitos de la profesión.

La Junta Examinadora podrá exigir cualquier otro documento que considere necesario para la evaluación de su solicitud.

NO SE ACEPTAN SOLICITUDES INCOMPLETAS.
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE, AUDIÓLOGOS Y TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN

Fecha de Radicación: _____

Patólogo del Habla-Lenguaje _____ Audiólogo_____Terapista del Habla-Lenguaje_____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Núm. Teléfonos: _____/_____, Correo Electrónico: _____

Esta solicitud deberá ser cumplimentada únicamente por aquellas personas que reúnan los requisitos especificados en la Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983, según enmendada. De acuerdo a esta Ley ningún individuo puede ejercer en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico las profesiones arriba mencionadas hasta que haya recibido su licencia.

Cualquier violación a dicha Ley o falso testimonio, será causa suficiente para denegar, suspender o revocar la licencia o para penalizar al solicitante que haya declarado falsamente. La Junta le recomienda lea y analice la Ley antes de llenar esta solicitud.

Adhiera fotografía Reciente, autografiada. Se requiere tamaño pasaporte

DECLARACIÓN JURADA

Estado o
Territorio_____

Pueblo o
Ciudad de_____

Yo, _____
debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunto demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy,_____de _____

de_____, bajo mi firma y sello.

_____ _____
NÚM. AFFIDAVIT FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____/_____/_____, _____
día mes año lugar

Estado Civil: _____Seguro Social: _____/_____/_____

Dirección Residencial: _____

_____

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Si_____ No _____En caso negativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

Indique si es: Naturalizado: _____ o Residente: _____
Número de Certificado Número de tarjeta

¿Ha sido convicto de delito grave o depravación moral? Si _____ No _____

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

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL SOLICITANTE

Color de cabello: _____ Color de ojos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

CERTIFICADO MEDICO

Yo, _____, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la
Nombre del médico
licencia número _____, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos, CERTIFICO que he

examinado a _____
Nombre del solicitante

Encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____
Fecha Firma del Médico

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

Nombre y dirección de la universidad donde obtuvo el grado

Bachillerato: Fecha de graduación

_____

Maestría: Fecha de graduación

_____

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de tener algún Impedimento.

Si: ____ No: _____

Intereso tomar el examen en el idioma: español ____inglés ____

INFORMACIÓN RELACIONADA - RECIPROCIDAD

Indique si posee licencia profesional de algún Estado de los Estados Unidos o de algún país extranjero

Número de Licencia: _____País: _____Fecha de Expedición: _____

Indique si posee alguna licencia profesional de Puerto Rico: Profesión: _____

Número de Licencia: _____Fecha de Expedición: _____

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser llenado por dos (2) profesionales relacionados con la salud, que puedan dar fe de sus cualidades profesionales)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS A LA JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE, AUDIÓLOGOS Y TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE que conocemos personalmente al (la) solicitante y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le (la) consideramos apto (a) para ejercer la profesión de:

_____

1. _____ _____ _____
Nombre **Firma** **Núm. Lic.**

_____
Dirección:

_____ _____
Fecha **Profesión**

2. _____ _____ _____
Nombre **Firma** **Núm. Lic.**

_____
Dirección:

_____ _____
Fecha **Profesión**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

Fecha: _____ Solicitud Aceptada ( ) Solicitud Denegada ( )

PRESIDENTE_____ VICE - PRESIDENTE_____

MIEMBROS: _____

_____

_____

OBSERVACIONES: _____