

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que reúnan las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Número 254 del 3 de septiembre de 2003, según enmendada, que reglamenta la profesión de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente ante la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

DECLADACIÓN HIDADA

	DECLARACION JURA	ADA					
	Nombre Completo del Solicitante						
Adhiera Fotografía Reciente Autografiada	Seguro Social <u>XXXX-XX-</u>						
aquí <b>2X2</b>	Número Expone que la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene, son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada hace menos de seis meses.						
	Autoriza a cualquier persona, corporación, ir privada, para que ofrezca a la Junta Examinador Rico, cualquier información que requiera sobre corroborar la información ofrecida en esta o cor Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de Masaje de Puerto Rico.	ra de Terapeutas de Masaje de Puerto su persona y/o para ampliar, aclarar o n esta solicitud.					
	F	IRMA DEL SOLICITANTE					
Suscrito y jurado ante	mí, hoy día de	de en					
	, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.						
AFFIDAVIT Núm	SELLO DEL NOTARIO	Firma del Notario Público)					
	(1	ililia dei Notalio Publico)					

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

ÚLTIMA REVISIÓN SEPTIEMBRE 2022 PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200



## El solicitante debe contestar todos los encasillados en forma legible

Nomb	re del Solicitante					
		Primer Apellic	do	Segundo Apellido	Nombre	
Fecha	de Nacimiento _		1	Tel		
	(Mes)	) (Día)	(Año)			
Lugar	de Nacimiento _			STADO, PAIS)		
Direc	ción Residencial_					
Direc	ción Postal					
Corre	o electrónico					
1.	¿Es usted ciudad	lano de los	Estados	Unidos de Amé	érica? Sí No	
2.				•	lacionado a la práctica con	10
Si la re	espuesta es Sí, indiq	ue detalles,	de ser ne	cesario puede uti	lizar una hoja aparte;	
						- - _•
	tantes extranjeros turalización y pre	-		_	a de Residente o el Certifi ción.	cado
3.	¿Es usted natura y lugar de naturaliz	_		<b>No</b> , S	i su respuesta es Sí, indique f	echa
	Fecha:			Lugar:		



4.		_	<b>ado para ej</b> No		como Terape	uta de I	маѕаје ei	1 otro Pa	is o
Estado	donde es	licenciad	o como Tera	peuta d	verificación d e Masaje. La solicita, a la 3	verificac	ión de lice	ncia tiene	
5.	despedic	lo de su	lugar de t	rabajo	, su licencia o le han reh ejerciendo co	usado e	l derecho	a ser ex	kaminado,
	Sí	No							
Si la c	ontestació	ón es <b>(S</b>	i), indique	los deta	alles, de ser	necesar	io añada	una pági	na aparte.
					reválida de	_		No	
Si la co	ontestación	es <b>(Sí)</b>	, indique dor	nde y cu	ando tomó el	último e	xamen.		
Estado	/Ciudad: _			_ País:					
Fecha (	del Exame	n:							
7.	ċHa ejer	cido co	mo Terapeı	uta de I	Masaje sin u	na licen	ıcia en cu	alquier	otro País o
	Estado?	Sí	No						
Si la co		n es <b>(Si</b> j	<b>)</b> , indique er	n qué ci	iudad/estado,	país, pe	eriodo ejer	ció y si ro	ecibió alguna
Estado	/Ciudad: _			_ País:					
Periodo	o: ¿Desde_		_ Hasta		Reprimenda?	Sí	No		



		-	ndido completamente las leyes y apeuta de Masaje en Puerto Rico?	reglamentos
S	Sí No			
	renovables. Esto me da la	oportu	isional tiene un término de dos añ Inidad para obtener y aprobar la re Cual solicitaré eventualmente en F	eválida de
	Sí No			
	<u>Certificado</u>	de Bu	uena Conducta Moral	
	er completado por dos (2) edan dar fe de su buena c	-	onales, que no sean familiares del a moral.	solicitante,
Los aba	ajo firmantes certificamos a	ı la Junt	a Examinadora de Terapeutas de M	1asaje de
Puerto	Rico, que conocemos perso	onalmer	nte a	
de bue	na conducta moral, por lo c	cual le c	(nombre del solicitante)  , que es una persona responsable, onsideramos apto (a) para ejercer cumpliendo con los requisitos del es	la profesión
		·		
N	ombre en letra de molde		Nombre en letra de molde	
	Dirección	<u> </u>	Dirección	
	Dirección	_	Dirección	-
	Teléfono	_	Teléfono	-
	Firma		Firma	-

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO



## REQUISITOS DE SOLICITUD PARA OBTENER <u>LICENCIA PROVISIONAL</u> DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

Marca	con una (X), <u>una</u> de las siguientes tres alternativas:
	(A) PROFESIONAL CON LICENCIA DE TERAPEUTA DE MASAJE, EXPEDIDA POR ALGUN ESTADO O CUALQUIER PAIS EXTRANJERO.
	(B) PROFESIONAL DE TERAPIA DEL MASAJE GRADUADO CON 1000 HORAS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ACREDITADA.
	(C) TERAPEUTAS DEL MASAJE GRADUADOS EN PUERTO RICO ANTES DEL 2010 CON 500 HORAS O MAS Y QUE HAYAN TENIDO EXPERIENCIAS DE TRABAJO PREVIAS A DICHA FECHA.

- Solicitud debidamente cumplimentada.
- Certificado de Nacimiento (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis (6) meses previos a Solicitud. (ORIGINAL Y COPIA VIGENTE) (recibo de agua o luz a su nombre o licencia de conducir o ID de Dtop)
- Diploma de Escuela Superior o su equivalente. (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de haber sido graduado de Terapeuta de Masaje (Diploma o certificado de graduación, Transcripción de Créditos). La Transcripción de créditos original debe ser enviada por la institución académica a:

## Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico PO Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

Incluir evidencia de empleo antes de septiembre 2010, Original (Aplica C).

ÚLTIMA REVISIÓN SEPTIEMBRE 2022



- Evidencia de licencia de Masaje activa por los últimos 2 años (**Aplica A**).
- Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente CPR (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de haber tomado el taller de Control de Infecciones (VIH-SIDA, Hepatitis, Tuberculosis) (ORIGINAL Y COPIA).
- Certificado de Antecedentes Penales, otorgado por la Policía de Puerto Rico (No más de 30 días de expedido).
- Certificado de **Salud** vigente expedido por el Departamento de Salud. (ORIGINAL)
- Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores ASUME (No más de 30 días de expedido).
- Presentar evidencia de un **Seguro** de Responsabilidad Profesional (que incluya resumen de cubiertas).
- Certificación de <u>NO DEUDA</u> del Departamento de Hacienda.
- Traer un sobre pre-dirigido con sello.
- Evidencia de estar matriculado en un Instituto de Masaje aprobado por el Consejo de Educación de Puerto Rico. (Resolución No. 2013-952) De no haber sido graduado de 1000 horas. (**Aplica A**)
- El profesional deberá presentar un "Good Standing" o Verificación de licencia del estado donde la obtuvo. (Aplica A)
- Haber aprobado el examen de reválida NCBTMB, antes del 12 de marzo de 2010, o el examen MBLEX después de esa fecha. (Aplica A)
- GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del secretario de Hacienda por la cantidad de \$150.00 dólares. Puede pagar con ATH sin logotipo, VISA o MasterCard (NO REEMBOLSABLES).
- Traer bolígrafo