Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico
Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud
PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787)765-2929 Ext. 6607
Email: myrnet.gonzalez@salud.pr.gov

SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA POR RECIPROCIDAD DE TERAPEUTA DE MASAJE DE PUERTO RICO

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, cancelar la licencia después de expedida o penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Adhiera Fotografía Reciente Autografiada aquí
2X2

Declaración Jurada

Comparece _____
(Nombre Completo del Solicitante)

Seguro Social_____e Identificado mediante

_____ _____
Licencia de Conducir / Tarjeta Electoral **Número**

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO _____

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 recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje, cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

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)

El solicitante debe contestar todos los encasillados en forma legible.

Nombre del Solicitante_____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Teléfono_____
(Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento _____
(Ciudad, Estado, País)

Dirección Residencial_____
(Núm., Calle, Urb., Ciudad)

Dirección Postal_____

Teléfonos: _____ Email: _____

1. **¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí_____ No_____**

Solicitantes extranjeros deben proveer Número de Tarjeta de Residente o el Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.

Si es naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización.

Fecha: _____ Lugar: _____

2. **¿Ha sido convicto de, o acusado de, cualquier delito relacionado a la práctica como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado? Sí_____ No_____**

Si la contestación es **(Si)**, indique los detalles, de ser necesario puede utilizar una hoja de papel aparte.

_____
_____
_____

3. **¿Ha sido licenciado para ejercer como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado?**
   Sí_____ No _____

Si la contestación es **(Si)**, debe solicitar una verificación de licencia **"Good Standing"** de cada Estado donde es licenciado como Terapeuta de Masaje. La verificación de licencia tiene que llegar directamente de la Junta del Estado donde la solicita a la Junta de Puerto Rico.

4. **¿Ha sido oficialmente reprendido, su licencia suspendida o revocada, ha sido despedido de su lugar de trabajo o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia ejerciendo como Terapeuta de Masaje?** Sí_____ No_____

Si la contestación es **(Si)**, indique los detalles y de ser necesario adjunte una hoja de papel aparte.

_____
_____
_____
_____

5. **¿Ha fracasado alguna vez un examen de Reválida?** Sí_____ No_____

Si la contestación es **(Si)**, indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.

_____
_____
_____

6. **¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado?** Sí_____ No_____

Si la contestación es **(Si)**, indique en qué Estado(s) y si recibió alguna reprimenda.

_____

7. **¿He leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para ejercer como Terapeuta de Masaje en Puerto Rico?** Sí_____ No_____

Preparación Académica de Escuela Superior

Mencione el Grado Obtenido de Escuela Superior o su Equivalente de Escuela.

_____	_____	_____
Escuela Superior	**Lugar**	**Fecha de Graduación**

Estudios en Terapia del Masaje

He completado un máximo de _____ horas contactos de escuela y/o estudios para la profesión de Terapeuta de Masaje, como lo certifica la Transcripción incluida con esta solicitud, de la Escuela_____ autorizada por el Consejo General de Educación.

1. **¿Ha completado estudios en otras Instituciones, autorizadas por el Consejo General de Educación u otras Jurisdicciones?** Sí_____ No _____

Si la contestación es **(si)**, Menciona las Instituciones donde terminó las Horas Contactos.

Nombres de Escuelas	**fecha**	**Horas Obtenidas**
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certificado de Buena Conducta Moral

Para ser completado por DOS (2) profesionales, que puedan dar fe de su Buena Conducta Moral (no pueden ser familiares).

Los abajo firmantes Certificamos a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante_____ y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Terapeuta de Masaje de Puerto Rico.

_____	_____
Nombre en letra de molde	**Nombre en letra de molde**
_____	_____
Dirección	**Dirección**
_____	_____
Teléfono	**Teléfono**
_____	_____
Firma	**Firma**

PARA USO EXCLUSIVO
JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

ACCIÓN TOMADA

Nombre: _____

Fecha Recibida: _____

Licencia de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico

Solicitud Aprobada: _____ Solicitud No Aprobada: _____

Razones: _____

_____

Solicitud Cotejada por: _____

Firma del Presidente

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Requisitos para solicitud por Licencia por Reciprocidad
(Para someter esta solicitud el aspirante deberá tener el MBLEx aprobado)

Nombre: _____

Todo aspirante deberá ser mayor de dieciocho (18) años de edad y deberá presentar ante la Junta, los siguientes requisitos:

1. Solicitud debidamente cumplimentada.

2. **Certificado de Nacimiento**. (Original y Copia)

3. Evidencia vigente de ser **Domiciliado** en Puerto Rico por espacio de seis (6) meses o más, previo a la Solicitud (Original y Copia). Recibo de agua o luz a su nombre o licencia de conducir de Puerto Rico o equivalente.

4. **Diploma de Escuela Superior ó su Equivalente**. (Original y Copia)

5. **Transcripción Oficial de Créditos y Certificación de Grado** de haber aprobado un curso de mil (**1,000) horas** en una Escuela de Terapeutas de Masaje, autorizada por los organismos Oficiales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Deberá ser enviada directamente por la Institución Académica a la siguiente dirección:

   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

6. Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar vigente **(CPR).** Mínimo 3 créditos y presencia (Original Y Copia).

7. Evidencia de haber tomado el taller de **Control de Infecciones** (que incluye Hepatitis, Tuberculosis y VIH (SIDA).

8. Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico (no más de 30 días de expedido).

9. **Certificado de Salud** expedido por el Departamento de Salud de Puerto Rico (Original) (no más de año de expedido).

10. Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores (**Asume)**. (Original) (No más de 30 días de expedido).

11. Presentar Evidencia de un **Seguro de Responsabilidad Profesional**. (Presentar evidencia de cubierta de Póliza) (Original y Copia).

12. **Certificación de No Deuda,** expedido por el Departamento de Hacienda. (Original) (No más de 30 días de expedido).

13. Traer un (1) sobre pre-dirigido con sello.

14. Resultados del MBLEx (Copia).

15. **Una** verificación de **licencia "Goodstanding"** por cada estado que tenga licencia como Terapeuta de Masaje.

Deberá ser enviada directamente por la Institución Académica a la siguiente dirección:
Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico
PO Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

16. **Giro postal/ Bancario** a nombre del **secretario de Hacienda** por la cantidad de **$250.00** dólares. **(Pago por derecho a Licencia por Reciprocidad).**

De ser aprobada su solicitud, tendrá que registrar su licencia permanente en la División de Registros, durante los próximos 30 días de la aprobación de la misma. El costo del Registro será de $30.00 dólares pagaderos en Giro Postal o Bancario (a nombre del Secretario de Hacienda), ATH sin logotipo, VISA, MasterCard (No reembolsables).

Fecha: _____ Recibido por: _____