



SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PERMANENTE 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 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.

Declaración Jurada

Comparece _____
Nombre Completo del Solicitante

Seguro Social _____ e Identificado mediante

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO _____

Expone que la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verdícas 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 de Puerto Rico, 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.

Firma 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)

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6607 Email: myrnet.gonzalez@salud.pr.gov

5. ¿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?

Si_____ **No**_____

Si la contestación es **(Si)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales. _____

6. ¿Ha fracasado alguna vez un examen de Reválida? **Si**_____ **No**_____

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

7. ¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado? **Si**_____ **No**_____

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

8. ¿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? **Si**_____ **No**_____

Certificado de Buena Conducta Moral

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

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

Dirección

Firma

Nombre en letra de molde

Dirección

Firma

PARA USO EXCLUSIVO

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

ACCIÓN TOMADA

Nombre: _____

Fecha Recibida: _____

Licencia Permanente de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico

Solicitud Aprobada: _____ **Solicitud No Aprobada:** _____

Solicitud Aprobada Condicionada: _____

Razones: _____

Solicitud Cotejada por: _____

Firma del Presidente

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

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

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

Hoja de Cotejo para Solicitud de Licencia Permanente

Nombre: _____

Fecha: _____

Deberá presentar ante la Junta los siguientes requisitos:

- _____ 1. Solicitud debidamente cumplimentada.
- _____ 2. Certificado de Nacimiento. **(Original y Copia)**
(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)
- _____ 3. Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis **(6)** meses previos a la Solicitud. **(Original y Copia) (ID de conducir)**
- _____ 4. Diploma de Escuela Superior ó su Equivalente. **(Original y Copia)**
(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)
- _____ 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

(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)
- _____ 6. Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente **CPR**
(Original Y Copia)
- _____ 7. Evidencia de haber tomado el taller de **Control de Infecciones** (Original y Copia)
- _____ 8. Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico.
- _____ 9. Certificado de Salud expedido por el Departamento de Salud. (Original)
- _____ 10. Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores **Asume**.

- _____ 11. Presentar Evidencia de un Seguro de Responsabilidad Profesional. (Original y Copia).
- _____ 12. **Certificación No Deuda** por el Departamento de Hacienda. (Original)
- _____ 13. **Traer un (1)** sobre pre-dirigido con sello.
- _____ 14. **Giro postal/ Bancario de \$55.00** (Por derecho de solicitud) por derecho a evaluación de solicitud a nombre del Secretario de Hacienda (No serán reembolsables al profesional)
- _____ **15. Haber aprobado el MBLEX.** (Examen de reválida nacional)

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____
