

PROCESO SOLICITUD DE LEY 300



DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PR BACKGROUND CHECK PROGRAM

Objetivos de la presentación

- Identificar los usuarios que van a tener acceso al sistema de verificación de credenciales e historial delictivo.
- Orientar sobre el proceso de solicitud de acceso al sistema de verificación de credenciales e historial delictivo.
- Orientar sobre el proceso de solicitud de Ley 300.
- Orientar sobre el proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

¿Quién debe de tener acceso al Sistema de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo?

- Dueños
- Administradores
- Personal de Recursos Humanos
- Personal de cumplimiento

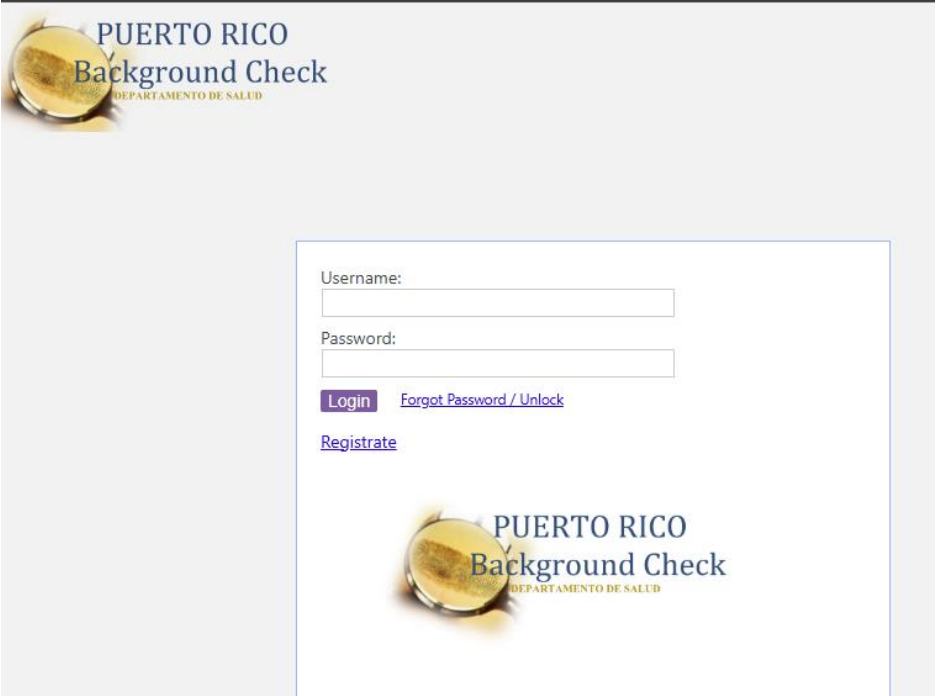
Proceso de solicitud de acceso al sistema de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo

- Para solicitar acceso debe acceder a: <https://cmsnationalbackgroundcheck.salud.pr.gov> y utilizar el enlace de **Regístrate**
- Registrarse como Individuo o entidad y completar el formulario.
- Una vez sometido el programa verificará la información de la solicitud y de ser necesario recibirá una llamada para validar la información.
- Una vez aprobada la solicitud recibirá un correo electrónico titulado (“**PRBCP New User Account Login Information**”) que contendrá el enlace del sistema, su usuario y contraseña temporera.
- Una vez entre al enlace el sistema con el usuario y contraseña que recibió por correo electrónico el sistema le pedirá que acepte los términos y condiciones de uso, cambie la contraseña y cree las preguntas de seguridad para llevarlo a la página principal del sistema.

Cont. Proceso de solicitud de acceso

- <https://cmsnationalbackgroundcheck.salud.pr.gov/>

Presione el enlace de regístrate



The screenshot shows the login and registration interface for the Puerto Rico Background Check system. At the top left, there is a logo featuring a gold seal and the text "PUERTO RICO Background Check" and "DEPARTAMENTO DE SALUD". The main content area contains a login form with fields for "Username:" and "Password:". Below the password field are links for "Login", "Forgot Password / Unlock", and "Registrate". At the bottom right, there is a smaller version of the "PUERTO RICO Background Check" logo.

PUERTO RICO
Background Check
DEPARTAMENTO DE SALUD

Username:

Password:

[Login](#) [Forgot Password / Unlock](#)

[Registrate](#)

PUERTO RICO
Background Check
DEPARTAMENTO DE SALUD

Cont. Proceso de solicitud de acceso

Registro para solicitantes de la Certificación de Ley 300 con acceso directo a niños, adultos mayores y personas con impedimentos.

***Esta certificación NO les aplica a solicitantes para servicios de Cannabis o Adopción**

***Para solicitar usuarios adicionales con acceso a un proveedor ya registrado en la plataforma:**

La persona contacto autorizada por el proveedor debe de enviar un correo electrónico a "PRBackgroundCheck@Salud.Pr.Gov" autorizando la creación de la nueva cuenta y enviar la información de la persona que utilizará la cuenta (Nombre completo, Teléfono, Correo Electrónico y Título).

***Para proveedores que tienen más de un centro con el mismo nombre:**

Utilicen como parte del nombre el pueblo o región donde están localizados.

***Para los proveedores de servicios del Programa ACUDEN o el Puerto Rico Medicaid Program (PRMP)**

Deben de enviar un correo electrónico con la autorización de acceso a "PRBackgroundCheck@Salud.Pr.Gov" siguiendo las instrucciones indicadas que recibieron.

[Provider Name]: Para personas que están solicitando la Ley 300 por cuenta propia y no son dueños, administradores o personal de recursos humanos en representación de una entidad, agencia, universidad, etc. utilicen su nombre completo (nombre, segundo nombre y apellidos) como nombre de proveedor

Cont. Proceso de solicitud de acceso

* Provider Name:

* Contact First Name:

* Contact Last Name:

* Email:

* Requested Username:

* Phone:

Physical Address

* Address Line 1:

Address Line 2:

* City:

* State:

* Zip:

Mailing Address

☐ Mailing Address is same as physical address

* Address Line 1:

Address Line 2:

* City:

* State:

* Zip:

* Provider Type:

- **Provider Name** equivale al nombre del proveedor. De ser un individuo debe de entrar el nombre completo de la persona que se le realizará la solicitud de la Certificación de Ley 300. Si la cuenta es para una entidad colocará el nombre de la entidad.
- **Contact First Name** equivale al nombre de la persona que está solicitando la cuenta
- **Contact Last Name** equivale a los apellidos de la persona que está solicitando la cuenta

Ejemplo

PRBCP New User Account Login Information

Inbox x



PRBackgroundCheck@salud.pr.gov

to me

Wed, Apr 17, 2024, 12:06 PM



Translate to English



Sistema de Credenciales e Historial Delictivo para solicitar la Ley 300: <https://cmsnationalbackgroundcheck.salud.pr.gov>

Usuario: **USER** Password: **UfJUCM6\$**

Pasos para crear una nueva solicitud:

- En la pantalla principal del Sistema de Credenciales e Historial delictivo podrá crear una nueva solicitud presionando el enlace de **Crear nueva solicitud de Ley 300**
- El sistema le mostrará la pantalla **“Search for Existing Profile”**.
- Ingrese el **“SSN”** (número de seguro social) y la fecha de nacimiento del solicitante **“Date of Birth”**.

A: Si el solicitante **No existe** en el sistema la búsqueda mostrará un mensaje que indica que la persona no fue encontrada y le aparecerá el botón de **“Add New Applicant”** y el sistema lo llevará a la pantalla de “Person Summary”.

- **Pantalla de “Person Summary”:** El proveedor deberá completar la información requerida al momento de crear un perfil para la solicitud de la Ley 300:
- Si el solicitante, ha vivido en una dirección diferente en los últimos años, deberá registrar las direcciones anteriores, para agregar una Dirección anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección **“Prior Addresses”** del perfil.
- Si el solicitante, se ha conocido por algún otro nombre **legal**, deberá ingresar estos otros nombres. Para agregar un alias / nombre anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección Alias/ **“Prior Name”** del perfil. Aparecerá el cuadro de diálogo **“Add Alias”**. Ingrese la información del alias para el solicitante; luego haz clic en **“Save”**.

B: Si el solicitante **Existe**, debido a que ha realizado el proceso anteriormente, el sistema le presentará la información de su perfil y tendrá la opción de **[Add New Application]** que es un botón verde en la parte superior del perfil de la persona para crear una nueva solicitud.

Proceso de solicitud de Ley 300

Para Solicitar la Ley 300: <https://cmsnationalbackgroundcheck.salud.pr.gov>

- En la pantalla principal del Sistema de Verificación de Credenciales e Historial delictivo podrá crear una nueva solicitud presionando el enlace de **Crear nueva solicitud de Ley 300**
- El sistema le mostrará la pantalla **“Search for Existing Profile”**.
- Ingrese el **“SSN”** número de seguro social y la fecha de nacimiento del solicitante **“Date of Birth”**.

Escenario A: Si el solicitante **No existe** en el sistema la búsqueda mostrará un mensaje que indica que la persona no fue encontrada y le aparecerá el botón de **“Add New Applicant”** y el sistema lo llevará a la pantalla de **“Person Summary”**.

- **Pantalla de “Person Summary”:** El proveedor deberá completar la información requerida al momento de crear un perfil para la solicitud de la Ley 300:
 - Si el solicitante, ha vivido en una dirección diferente en los últimos años, deberá registrar las direcciones anteriores, para agregar una Dirección anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección **“Prior Addresses”** del perfil.
 - Si el solicitante, se ha conocido por algún otro nombre **legal**, deberá ingresar estos otros nombres. Para agregar un alias / nombre anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección Alias/ **“Prior Name”** del perfil. Aparecerá el cuadro de diálogo **“Add Alias”**. Ingrese la información del alias para el solicitante; luego haz clic en **“Save”**.

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

Escenario B: Si el solicitante **Existe**, debido a que ha realizado el proceso anteriormente, el sistema le presentará la información de su perfil y tendrá la opción de **[Add New Application]** que es un botón verde en la parte superior del perfil de la persona para crear una nueva solicitud.

- Una vez la pantalla de **"Person Summary"** es completada o verificada, se debe presionar el botón de **[Next]** y el solicitante deberá llenar las otras pantallas siempre presionando el botón de **[Next]** para poder completar la solicitud. Las pantallas para completar son las siguientes:
 - **Pre-Employment Information - Información previa a la contratación**
 - **Verify Identity - Información de la identificación**
 - **Confirm Applicant Consent - Consentimiento**
- Por último, el solicitante deberá realizar una búsqueda en los 3 registros públicos de personas inelegibles a proveer estos servicios. Este paso, se le permite buscar información sobre su solicitante en bases de datos disponibles públicamente que contienen información sobre los ofensores sexuales. Para completar este paso se hace lo siguiente:
 - primero debe hacer **Left Click** en el enlace del registro, el sistema abrirá ese registro en una pestaña aparte de su navegador,
 - una vez en el registro debe buscar al solicitante por nombre y apellido.
 - una vez se haga la búsqueda debe cerrar dicho registro y regresar a nuestro sistema y debe seleccionar el resultado (**Cleared:** si no apareció o **Not Cleared:** si apareció en el registro) bajo **Research Results** y debe de hacer el mismo procedimiento para los otros registros.
- Si una persona aparece en alguno de estos registros públicos automáticamente es inelegible para proveer servicio directo a la población y el sistema no permitirá seguir con el proceso de la solicitud.
- Una vez completada la búsqueda en los registros públicos el sistema pondrá disponible el botón de **[Submit]** y una vez somete la solicitud el sistema enviará un correo electrónico al solicitante con las instrucciones para validar la información en el sistema del Departamento de Justicia. El email se titula: **"Notificación para continuar su proceso de background check y Screening Id."**

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300



The screenshot shows the main interface of the 'PUERTO RICO Background Check' system, managed by the 'DEPARTAMENTO DE SALUD'. The header includes a logo with a magnifying glass over a document, the text 'PUERTO RICO Background Check', and the department name. Navigation links for 'Help | My Account | Logout' are in the top right. A blue navigation bar contains links: Home, Applications, Determinations, Appeals, Employees, Search, Reports, Reference, and Admin. A green status bar indicates the last login was on Wednesday, March 1, 2023, at 12:14 PM. The main content area features a purple welcome message: 'Bienvenidos al Sistema Integrado de Credenciales e Historial Delictivo!'. Below this, three green buttons are displayed: 'Empleados con renovaciones de Ley 300 pendientes', 'Crear Nueva Solicitud de Ley 300' (highlighted), and 'Manual de creación de solicitudes de Ley 300'.

- En la pantalla principal del Sistema de Verificación de Credenciales e Historial delictivo podrá crear una nueva solicitud presionando el enlace de **Crear nueva solicitud de Ley 300**

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

[Home](#) [Applications](#) [Determinations](#) [Appeals](#) [Employees](#) [Search](#) [Reports](#) [Reference](#) [Admin](#)

[Add New](#) | [Not Yet Submitted](#) | [Determination In-Process](#) | [Determination Available](#) | [Application Forms](#) | [Recent Documents](#)

[Add New](#)
Search for Existing Profile

Para crear una nueva aplicacion debe de realizar una busqueda. Ingrese el SSN (número de seguro social) y la fecha de nacimiento del solicitante **"Date of Birth"** y presione **"Search"**

Enter Search Criteria

An Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) is a tax processing number issued by the Internal Revenue Service. The ITIN should be used as a substitute for the SSN only if the applicant does not have a Social Security Number issued by the Social Security Administration (SSA).

* SSN / ITIN:

-

-

AND

* Date of Birth (MM/DD/YYYY):

Search

Results

This individual was not found in SICHDe.

No se han encontrado su perfil, presione el botón de **"Add New Applicant"** para crear su perfil y comenzar la solicitud de Ley 300.

Add New Applicant

- Ingrese el **"SSN"** número de seguro social y la fecha de nacimiento del solicitante **"Date of Birth"**.

Escenario A: Si el solicitante **No existe** en el sistema la búsqueda mostrará un mensaje que indica que la persona no fue encontrada y le aparecerá el botón de **"Add New Applicant"** y el sistema lo llevará a la pantalla de "Person Summary".

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

Person Summary

Pablo Test record Nieves, 111-11-1131, 1/1/2000

Current Fitness Determination Determinación actual de aptitud: In Process

Current Employment Status: Not Employed

[Add New Application](#)[Case Notes](#)[Profile](#)[Applications](#)[Appeals](#)[Employment](#)[Documents](#)[History](#)

Personal and Demographic Information

First Name:	SSN:
Pablo	111-11-1131 This is an ITIN: No
Middle Name:	Confirm SSN:
Test record	111-11-1131
Last Name:	Date of Birth (MM/DD/YYYY):
Nieves	1/1/2000
Second Last Name:	Race:
Suffix:	Caucasian, Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American
Permanent/Physical Address	Gender:
Address Line 1:	Male
G25 Calle Testagan	Eye Color:
Address Line 2:	Brown
Urb Telucia	Hair Color:
City:	Purple
San Juan	Height:
State:	5'10"
Puerto Rico	Weight:
Zip Code:	160
00926	US Citizen:

Escenario B:

Si el solicitante **Existe**, debido a que ha realizado el proceso anteriormente, el sistema le presentará la información de su perfil y tendrá la opción de [**Add New Application**] que es un botón verde en la parte superior del perfil de la persona para crear una nueva solicitud.

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

Profile

Provea la información del solicitante al background check.

Personal and Demographic Information

* Required

* First Name:

Pablo

* Middle Name:

Test record ☐ None

* Last Name:

Nieves

Second Last Name:

Suffix:

Permanent/Physical Address

* Address Line 1:

G25 Calle Testagan

Address Line 2:

Urb Telucia

* City:

San Juan

* State:

Puerto Rico

* Zip Code:

00926

* Starting in Month:

February

* Year:

2000

SSN:

111-11-1131

This is an ITIN: No

* Confirm SSN:

111-11-1131

* Date of Birth (MM/DD/YYYY):

01/01/2000

* Race:

Caucasian, Mexican, Puerto Rican, Cuba

* Gender:

Male

* Eye Color:

Brown

* Hair Color:

Purple

* Height:

5'10"

* Weight:

160

US Citizen:

* Place Of Birth:

US: Puerto Rico

* Phone:

178-721-7340

- El proveedor deberá ingresar la siguiente información pertinente al momento de crear un perfil:

- Información demográfica del solicitante
- Dirección
- Alias
- Direcciones Anteriores

Starting in Month – Year

Este campo es utilizado para informar desde que fecha la persona está viviendo en la dirección física actual.

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

Mailing Address
☒ Same as Permanent Address

Phone Type:

Secondary Phone:

Secondary Phone Type:

* Applicant Email: 

pnievesg@gmail.com

Prior Names and Aliases
* ☐ El individuo informa que no han sido conocidos por otros nombres. (The individual reports that they have not been known by any other names)

Alias/Nombres anteriores (Incluye todos los nombres por los cuales un solicitante es actualmente conocido o ha sido identificado como)

Aliases/Prior Names (Includes all names by which an applicant is currently known or has been identified as)

This individual does not have any aliases entered.

Add Alias

Prior Addresses
* ☐ El individuo informa que no han vivido en alguna otra dirección en los últimos 5 años. (The individual reports that they have not lived out of state during the specified time frame)

Direcciones anteriores (Incluye todas las direcciones en las cuales el solicitante ha residido)

Prior Addresses (Includes all prior addresses where the applicant has resided)

This individual does not have any prior addresses entered.

Add Prior Address

Next

Si el solicitante, ha vivido en una dirección diferente en los últimos años, deberá registrar las direcciones anteriores, para agregar una Dirección anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección **“Prior Addresses”** del perfil.

Si el solicitante, se ha conocido por algún otro nombre **legal**, deberá ingresar estos otros nombres. Para agregar un alias / nombre anterior, haga clic en **“Add New”** en la sección Alias/ **“Prior Name”** del perfil. Aparecerá el cuadro de diálogo **“Add Alias”**. Ingrese la información del alias para el solicitante; luego haz clic en **“Save”**.

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

[Home](#) [Applications](#) [Determinations](#) [Appeals](#) [Employees](#) [Search](#) [Reports](#) [Reference](#) [Admin](#)

[Add New](#) | [Not Yet Submitted](#) | [Determination In-Process](#) | [Determination Available](#) | [Application Forms](#) | [Recent Documents](#)

Pre-Employment Information Información previa a la contratación

Pablo Test record Nieves, 111-11-1131, 1/1/2000, Application #: 16938

Ingrese la información sobre el puesto que solicitara su solicitante y (si se incluye) la información sobre la licencia o el estado de certificación del solicitante.

Enter the position information your applicant will apply for and (if included) information about the applicant's license or certification status.

* Required

* Provider:
TEST Facility

* Position Category:
Professional / Licensed Health Care

* Position:
Social Worker (Independent)

* Employee Type:
Employee

Save and Close

Back Next

Completar la información de empleo

Provider: la mayoría de los usuarios del sistema estarán asociados con un solo proveedor y el nombre del proveedor será el proveedor predeterminado. Si está asociado con más de un proveedor, seleccione el proveedor apropiado para esta aplicación.

Position category: Categoría de posición.

Position: Puesto específico para el cual el solicitante está postulando

Employee Type: Tipos de empleado, incluye empleado, contratista independiente, empleado de una agencia de empleo temporal, voluntario y practicante.

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

Confirm Applicant Consent

Pablo Nieves Gonzñ, 111-11-1131, 1/1/2000, Application #: 27037

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE HUELLAS Y SU VERIFICACION DE CREDENCIALES.

Al marcar esta casilla, afirmo que el solicitante proporcionó una identificación vigente con foto y se le brindo orientación para completar la Autorización Para Verificación De Credenciales e Historial Delictivo. Además, el solicitante consienta y autoriza al Departamento de Salud de PR a tomar sus HUELLAS DACTILARES y a verificar sus antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de aplicación de la ley para llevar a cabo un examen de registro y además consienta a que se le tome una FOTOGRAFIA que será parte de su certificación impresa.

El solicitante debe de presentar su Identificación aprobada No Vencida. Deberá ser FÍSICA, NO COPIA y NO DIGITAL las cuales incluye:

Ciudadanos nacidos en Puerto Rico y los Estados Unidos

- Licencia de conducir con REAL ID original estatal o federal vigente
- Tarjeta de identificación Real ID original estatal o federal
- Libro de Pasaporte original de los Estados Unidos vigente de forma
- Tarjeta original de acceso común del Departamento de Defensa
- Tarjeta original de Identificación Tribal de los Estados Unidos o de la Oficina de Asuntos Indígenas

Ciudadanos nacidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico y Extranjeros

- Libro de Pasaporte original de los Estados Unidos vigente (**No tarjeta**)
- Libro de Pasaporte extranjero original con uno de los siguientes documentos de inmigración apropiados:
 - Certificado de ciudadanía (N560)
 - Certificado de Naturalización (N550)
 - Tarjeta de residencia para extranjeros INS I-551 emitida desde 1997
 - INS 1-688 Tarjeta de identificación de residente temporal
 - INS I-688B, I-766 Tarjeta de Autorización de Empleo

* Required

☒ By checking this box I affirm the applicant provided photographic identification and has consented to a registry screening

Withdraw

Save and Close

Back

Next

Cont. Proceso de solicitud de Ley 300

- Por último, el solicitante deberá realizar una búsqueda en los 3 registros públicos de personas inelegibles a proveer estos servicios. Este paso, se le permite buscar información sobre su solicitante en bases de datos disponibles públicamente que contienen información sobre los ofensores sexuales. Para completar este paso se hace lo siguiente:
 - Primero debe hacer **Left Click** en el enlace del registro, el sistema abrirá ese registro en una pestaña aparte de su navegador.
 - Una vez en el registro debe buscar al solicitante por nombre y apellido y lo normar el que el sistema indique que no se encontró a la persona.
 - Una vez se haga la búsqueda debe cerrar dicho registro y regresar a nuestro sistema y debe seleccionar el resultado (**Cleared:** si no apareció o **Not Cleared:** si apareció en el registro) bajo **Research Results** y debe de hacer el mismo procedimiento para los otros registros.
- Si una persona aparece en alguno de estos registros públicos automáticamente es inelegible para proveer servicio directo a la población y el sistema no permitirá seguir con el proceso de la solicitud.

[Home](#) [Applications](#) [Determinations](#) [Appeals](#) [Employees](#) [Search](#) [Reports](#) [Reference](#) [Admin](#)

[Add New](#) | [Not Yet Submitted](#) | [Determination In-Process](#) | [Determination Available](#) | [Application Forms](#) | [Recent Documents](#)

Research Registries

Pablo Test record Nieves, 111-11-1131, 1/1/2000, Application #: 16938
No recorded aliases.

RegistryCheckPage Custom Text

[Required Registries](#)

Para completar este paso se hace lo siguiente:

Hacer Left Click en el [enlace del registro](#) a verificar debajo de la columna "Registry", el sistema abrirá ese registro en una pestaña aparte de su navegador, acepte los terminos y condiciones de ser necesario y busque al solicitante por nombre y apellido y lo normal el que el sistema indique que no se encontró a la persona. una vez se haga la búsqueda debe cerrar dicho registro y regresar a nuestro sistema y debe seleccionar el resultado (Cleared: si no apareció o Not Cleared: si apareció en el registro) bajo Research Results y debe de hacer el mismo procedimiento para los otros registros.

Registry	Research Requirements	Research Results	Research Completed	Actions
Puerto Rico Sex Offender and child abuse Registry	Manual Search Required	*	☐	Add Note
QIG List of Excluded Individuals/Entities Registry Checked On 10/06/2022	Automatch performed, no matches found	*	☐	Add Note
National Sex Offender Public Website	Manual Search Required	*	☐	Add Note

[Optional Registries](#)
There are no optional registries.

[Out of State Registries](#)
There are no out of state registries.

[Research Registries Not Listed](#)

[Withdraw](#) [Save and Close](#)

[Back](#) [Submit](#)

Una vez completada la búsqueda en los registros públicos el sistema pondrá disponible el botón de **[Submit]** y una vez somete la solicitud el sistema enviará un correo electrónico al solicitante con las instrucciones para validar la información en el sistema del Departamento de Justicia. El email se titula: **"Notificación para continuar su proceso de background check y Screening Id."**

Ejemplo del Email de Notificación para continuar su proceso de background check y Screening Id

Notificación para continuar su proceso de background check y Screening Id.  Inbox x

Pablo Nieves <pnievesg@gmail.com>

to me ▼

- (Screening Id): **010011**
- **Pablo Nieves** su solicitud para la verificación de antecedentes para **Test Agency** se ha creado exitosamente.
- Para completar el proceso necesita realizar lo siguiente:
- A. Ir a la página web del Departamento de Justicia para continuar el proceso de toma de huellas dactilares (<https://applicantsservices.pr.gov/>), seleccionar el área del Departamento de Salud y entrar como invitado o crear una cuenta utilizando su correo electrónico personal para comenzar el proceso que cuenta con 7 pasos a seguir.
- **Paso 1:** Información de la transacción: Este paso es informativo y presentará que la razón para la huella es de licenciamiento o empleo y el número de la agencia quien realizara la toma de huellas.
- **Paso 2:** Importación de Datos: utilizando su número de solicitud (Screening Id): **{1}** y su primer apellido.
- **Paso 3:** Información personal: presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema y una vez confirmada la misma se pasa al siguiente paso.
- **Paso 4:** Información demográfica: presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema y una vez confirmada la misma se pasa al siguiente paso.
- **Paso 5:** selección de la localidad donde se tomará la huella dactilar: presentará el listado de las máquinas disponible para la toma de huellas y su ubicación.
- **Paso 6:** Cita: aquí seleccionara la fecha y hora en la que se presentara a la localidad para tomarse las huellas dactilares y fotografía.
- **Paso 7:** pago: recopilará la información para poder cobrar el servicio. **Imprimir el recibo de pago y llevarlo impreso el día de la cita para la toma de huellas**

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas



Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)

Departamento de Salud (Solicitantes fuera de Puerto Rico)

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas



Seleccionar el área donde se estará tomando las huellas dactilares

Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)

- Para toma de huellas en Puerto Rico

Departamento de Salud (Solicitantes fuera de Puerto Rico)

- Para toma de huellas en Estados Unidos

Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)

Departamento de Salud (Solicitantes fuera de Puerto Rico)

Una vez seleccione el área el Sistema le pedirá que se conecte como invitado y entre su correo electrónico para recibir un código de acceso temporero.

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Inicia sesión para continuar



Por favor introduzca una dirección de correo electrónico válida.

Introduce tu correo electrónico

Email del invitado (obligatorio): Al ingresar su dirección de correo electrónico, usted acepta cumplir y estar sujeto a los Términos de uso a continuación. El correo electrónico se utilizará para la comunicación asociada con su transacción.

Proceder como invitado

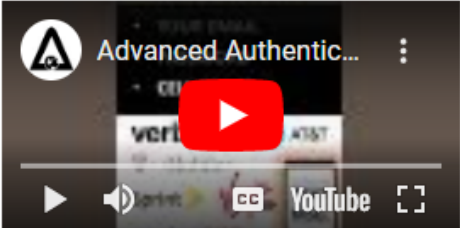
Términos de Uso: Al iniciar sesión, puede tener acceso a información restringida. El uso del sistema puede ser monitoreado y sujeto a auditoría. El uso no autorizado del sistema está prohibido y puede estar sujeto a sanciones penales y / o civiles. El uso del sistema indica el consentimiento para el monitoreo.

Entre el su correo electrónico y presione Proceder como invitado y el sistema le enviará un correo electrónico con un código de acceso temporero.

El correo electrónico se titula: ***ApplicantServices.com Login Code*** y el remitente es: [***applicantservices@cjis.pr.gov***](mailto:applicantservices@cjis.pr.gov)

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Inicia sesión para continuar



Have not received one-time access code? [Try again.](#)

PNIEVESG@LIVE.COM

915538

Consulte su correo electrónico para obtener un mensaje de ApplicantServices@cjis.pr.gov que contenga "Código de inicio de sesión". Antes de usar el "Código de inicio de sesión", verifique que la fecha y hora de "Emisión" sea posterior a la entrada de correo electrónico de su invitado. En otras palabras, asegúrese de que sea el código más nuevo.

Proceder

Términos de Uso:

Al iniciar sesión, puede tener acceso a información restringida. El uso del sistema puede ser monitoreado y sujeto a auditoría. El uso no autorizado del sistema está prohibido y puede estar sujeto a sanciones penales y / o civiles. El uso del sistema indica el consentimiento para el monitoreo.

Una vez se recibe el código de acceso y se entra se presiona proceder.

ApplicantServices.com Login Code



applicantservices@cjis.pr.gov

To: PNIEVESG@LIVE.COM

Wed 3/1/2023 12:32 PM

Sus ApplicantServices.pr.gov código de 6 números de uso único: 915538
Código de acceso de inicio de sesión expirará en 5 minutos.

***** Este es un correo electrónico generado por el sistema. Por favor, no responda. *****

Sinceramente,

Equipo de soporte de ApplicantServices.pr.gov

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación con su contenido puede contener información confidencial y / o legalmente privilegiada. Es únicamente para el uso de los destinatarios previstos. La interceptación, revisión, uso o divulgación no autorizados están prohibidos y pueden violar las leyes aplicables, incluida la Ley de Privacidad de las Comunicaciones Electrónicas. Si no es el destinatario, comuníquese con el remitente y destruya todas las copias de la comunicación.

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

- Paso 1 – Información de la transacción: Este paso es informativo y presentará que la razón para la huella es de licenciamiento o empleo y el número de la agencia quien realizara la toma de huellas.

PASO 1 Transacción

Retroceder

Siguiente

* Necesario

* Razón de toma de huellas dactilares

CMS NBCP 6201

Retroceder

Siguiente

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

- Paso 2 - Importación de Datos: Utilizando su número de solicitud {Screening Id} y su primer apellido.

[PASO 2 Importar](#)

Retroceder

Siguiente

* Screening Request ID

* Apellido

103984

NIEVES

Retroceder

Siguiente

* Necesario ?

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

PASO 3 Personal

Retroceder Siguiente

* Nombre de pila ? Segundo Nombre ?

PABLO TEST RECORD

Sufijo ? Alias Apellido ?

JR, SR, I, II, III, IV, etc. (si aplica) Ingresa Alias Apellido (si aplica)

Alias Nombre de pila ? Alias Segundo Nombre ?

Alias Primer Nombre (si aplica) Segundo Nombre de Alias (si aplica)

Alias Sufijo ? * Fecha de nacimiento ?

JR, SR, I, II, III, IV, etc. (si aplica) 2000/01/01

* Lugar de nacimiento ? País de ciudadanía ?

PR Tipo abreviatura o nombre complete. Si no encuentra el país en el menú desplegable

Número de seguro social (SSN) ? Confirm Número de seguro social (SSN) ?

XXX-XX-1131 9 dígitos de SSN (sin guiones)

La entrada de confirmación no coincide.

Ocupación ? Empleador y Dirección ?

Anote la ocupación de la persona (si se conoce) potencial empleador de la persona y de su dirección (es decir, la empresa XYZ, 123 Calle 1

Dirección Línea 1 Número de Apartamento

G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA

Ciudad de Residencia Estado de Residencia

SAN JUAN PR

Zip de Residencia País de Residencia

00926 US

Dirección de Residencia ?

G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA,SAN JUAN,PR,US.00926

Paso 3 - Información personal: Presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema, la persona debe validar que toda su información este correcta y que la dirección sea la dirección física, la información que este en blanco puede permanecer en blanco, con excepción del seguro social, una vez se valide la información se pasa al siguiente paso.

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Paso 4 – Información demográfica: Presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema y una vez confirmada la misma se pasa al siguiente paso.

PASO 4 Demografía

Retroceder

Siguiente

* Género

?

* Raza

?

M

W

* Altura

?

* Peso

?

510

160

* Color de Ojos

?

* Color de cabello/pelo

?

BRO

PLE

Retroceder

Siguiente

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

PASO 5 Ubicaciones

Retroceder

Siguiente

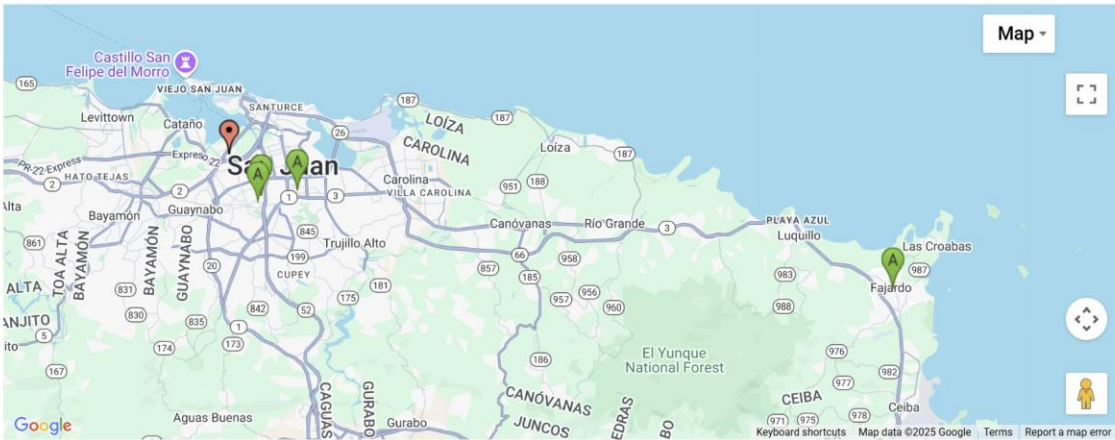
Lugares de escaneo en vivo cerca:

G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA, SAN JUAN, PR

Buscar

Búsqueda cercana

☒ Dirección de casa ☐ Otras



Seleccione uno de los Centros de servicio de LiveScan a continuación haciendo clic en la casilla de verificación junto a él.

Centro de servicio	Distancia	Horas	
 San Juan 1 - PR_DOH001 Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.29 mi	M-Th:7:30am-3:15pm F:7:30am-3pm	Schedule Appointment
 San Juan 2 - PR_DOH002 Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.29 mi	M-Th:7:30am-3:15pm F:7:30am-3pm	Schedule Appointment
 San Juan 3 - PR_DOH003 Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.29 mi	M-Th:7:30am-3:15pm F:7:30am-3pm	Schedule Appointment

Paso 5 - Selección de la localidad donde se tomará la huella dactilar: Presentará el listado de las máquinas disponible para la toma de huellas y su ubicación, cada localidad, aunque sea la misma tiene su propio calendario y de no encontrar citas en una localidad puede cambiarla para validar disponibilidad en la otra localidad.

Centros de servicio de LiveScan



San Juan 1 - PR_DOH001

Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Contacto: (787) 522-3966 x2234

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 2 - PR_DOH002

Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Contacto: (787) 522-3966 x2234

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 3 - PR_DOH003

Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Contacto: (787) 522-3966 x2234

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 4 - PR_DOH004

Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Contacto: (787) 765-2929 x5802

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 5 - DOH005

Calle Maga interior, Edificio E(OIAT) Centro Médico Sur,, Rio Piedras, PR 00921
Contacto: (787) 765-2929

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 6 - DOH006

Calle Maga interior Edificio E(OIAT), Centro Médico Sur, Rio Piedras, PR 00921

Contacto: (787) 765-2929 x2234

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



San Juan 7 - DOH007

Calle Maga interior Edificio E(OIAT), Centro Médico Sur, Rio Piedras, PR 00923

Contacto: (787) 765-2929 x2234

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



Fajardo 1 - PRDOH008

410 Av. Valero, Suite 301, Fajardo, PR 00738

Contacto: (787) 765-2929

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)



Fajardo 2 - PR_DOH009

410 Av. Valero, Suite 301, Fajardo, PR 00738

Contacto: (787) 765-2929

[Obtener las direcciones](#) | [Envíenos un correo electrónico](#)

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

PASO 6 Cita

Retroceder**Siguiente**

Seleccione una fecha y hora, luego haga clic en Siguiente.

April 2023

Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

8:00 AM

8:15 AM

8:30 AM

8:45 AM

9:00 AM

9:15 AM

9:30 AM

9:45 AM

10:00 AM

10:15 AM

10:30 AM

10:45 AM

11:00 AM

11:15 AM

11:30 AM



Nombre
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)

Dirección
Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921

Datos de contacto
(787) 522-3966 x2234
prbackgroundcheck@salud.pr.gov

Horas
M-Th:8am-11:45am, 1pm-3:15pm
F:8am-11:45am
(Hora local de la tienda)

Seleccionar hora (ADT)

Esperando que los servicios se realicen entre 8:00 AM y 8:15 AM. Recibirá el servicio dentro de los 30 minutos, preséntese 5 minutos antes de la hora de su cita.

Retroceder**Siguiente**

Paso 6 – Cita:

Aquí seleccionará la fecha y hora en la que se presentara a la localidad para tomarse las huellas dactilares y fotografía.

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Paso 7 – Confirmación: Brinda un resumen de la localidad seleccionada día y hora de la cita y la información de la localidad donde se tomaran las huellas dactilares. Esto no será valido hasta que se pague el servicio.

PASO 7 Confirmación

Retroceder

Siguiente

Application Purpose:	Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)
Tipo de Transacción:	FBI Direct
Centro de servicio:	Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)
Hora de la cita:	Wednesday, 04/12/2023 8:00 AM (ADT)
Dirección:	Calle Maga interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Datos de contacto:	(787) 522-3966 x2234
Horas de operación:	M-Th:8am-11:45am, 1pm-3:15pm F:8am-11:45am

Retroceder

Siguiente

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Paso 8 – Pago: Recopilará la información de su método de pago para poder cobrar el servicio.

PASO 8 Pago

Retroceder

Confirmar

Cancelar una transacción dará como resultado una tarifa de procesamiento de reembolso de \$ 10. El saldo restante se reembolsará dentro de los 10 días laborables hábiles. El crédito comprado (ID de pago) caducará en 45 días a medida que el crédito se consuma por la 45 Tarifa de administración de día. Los reembolsos no se emitirán una vez que se tomen las huellas digitales o después de 45 días.

* Campos requeridos

IMPORTANTE: tenga en cuenta que el cargo de la tarjeta de crédito aparecerá como "Biometrics4ALL".

Tarifa de transacción
\$70.00

* Nombre en la Tarjeta	* Número de tarjeta
Ingrese el nombre en la tarjeta	Ingrese el número de tarjeta de crédito
* mes de expiración	* Año de caducidad
Formato: MM o M (01 o 1 para enero)	Formato: CCYY o YY (2018 o 18 para 2018)
* Código de seguridad	* Dirección de Envío
Introduzca el código de seguridad de la tarjeta de crédito	
* Ciudad de facturación	* Zip de facturación

Retroceder

Confirmar

Proceso de validación, cita y pago del servicio de toma de huellas

Imprimir el Id de pago que aparecerá luego de confirmar el pago y llevarlo impreso el día de la cita para la toma de huellas.

FBI Direct

SOLICITUD DE LIVESCAN

Fecha de Caducidad:



Payment ID:

Pagado en su totalidad en línea.
NO PAGUE NINGUNA OTRA TARIFA

Información del solicitante (TODO EN MAYÚSCULAS) * Representa información obligatoria

* Apellido: _____

* Primer Nombre: _____

* Fecha de Nacimiento: _____

Razón de toma de huellas dactilares:	CMS NBCP 6201
---	---------------

Declaración de la Ley de Privacidad

La adquisición, retención e intercambio de información presentada por el FBI en este formulario generalmente está autorizada bajo 28 USC 534 y 28 CFR 16.30-16.34. El propósito de solicitarle esta información es proporcionar al FBI un mínimo de datos de identificación para permitir una búsqueda precisa y oportuna de los registros de identificación de antecedentes penales. Proporcionar esta información (incluido su número de cuenta del Seguro Social) es voluntario; sin embargo, el no proporcionar la información puede afectar la finalización de su solicitud. La información reportada en este formulario puede divulgarse de conformidad con su consentimiento, y también puede ser divulgada por el FBI sin su consentimiento de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 y todos los usos de rutina aplicables.

Imprima este formulario y llévalo a esta ubicación para que le tomen las huellas digitales. Debe traer este formulario junto con dos formas de identificación (al menos una debe ser una identificación con foto emitida por el gobierno).

Servicios proporcionados por
ApplicantServices.pr.gov
Miembros afiliados al servicio (SAM)



 AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO		RENOVACION ☐ SI ☐ NO	
FAVOR DE COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE			
SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
1A. ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN		1B. TELÉFONO ENTIDAD	
SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE SE HARÁ LA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES Y LAS HUELLAS DACTILARES			
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE EE.UU		3. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AÑO)	
4. GÉNERO F M		5. ESTATURA " PESO LBS	
6. NOMBRE SEGÚN SU LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO VÁLIDA.			
NOMBRE		APELLIDO PATERNO	
SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO MATERNO	
ESCRIBA LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE			
NOMBRE:		APELLIDO PATERNO :	
SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO MATERNO	
7. CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS SI NO PAÍS DE NACIMIENTO		8. COLOR DE OJOS	
RESIDENTE PERMANENTE LEGAL NO. ID		☐ MARRON ☐ GRIS ☐ BK ASIÁTICO ☐ MULTICOLOR	
EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR NO. ID		☐ MAROON ☐ AZUL ☐ HAZEL ☐ ROSA ☐ VERDE	
9. IDENTIFICACIÓN		AGENCIA QUE LA OTORGA (DTOP O PAÍS)	
☐ LICENCIA DE CONDUCIR EXP / /			
☐ PASAPORTE # EXP / /			
☐ REAL ID # EXP / /			
10. RAZA		11. COLOR PELO	
☐ CAUCASICO (PUERTO RICO, CUBA, MEJICO, AMERICA CENTRAL, SUR AMERICA)		☐ CALVO ☐ ROJO ☐ ARENA	
☐ ASIÁTICO		☐ CASTAÑO ☐ RUBIO ☐ BLANCO ☐ AZUL	
☐ NEGRO O AFROAMERICANO		☐ NEGRO ☐ ANARANJADO ☐ VERDE ☐ FREJA	
☐ INDIO AMERICANO O ALASKA NATIVO		☐ MARRON ☐ GRIS O PARCIAL ☐ ROSA ☐ VIOLETA	
12. NÚMERO DE TELÉFONO ()		13. CORREO ELECTRÓNICO	
14. DIRECCIÓN FÍSICA ACTUAL		AÑO	
TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN - DESDE MES		CIUDAD	
		ESTADO	
		CÓDIGO POSTAL	
15. DIRECCIÓN POSTAL A LA QUE PODAMOS ENVIARLE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SER DIFERENTE A LA FÍSICA			
		CIUDAD	
		ESTADO	
		CÓDIGO POSTAL	
16. ¿HA VIVIDO EN ALGUNA OTRA DIRECCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ?			
		☐ SI ☐ NO DÓNDE?	
1. DIRECCIÓN ANTERIOR		TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES AÑO	
		HASTA MES AÑO	
		CIUDAD	
		ESTADO	
		CÓDIGO POSTAL	
2. DIRECCIÓN ANTERIOR		TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES AÑO	
		HASTA MES AÑO	
		CIUDAD	
		ESTADO	
		CÓDIGO POSTAL	
17. DEBE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA AÑADIR MÁS DELITOS O ACUSACIONES			
17A. ¿Ha sido condenado de algún cargo o crimen? ☐ SI ☐ No En caso afirmativo, complete los siguientes espacios:			
Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal			
17B. ¿Tiene acusaciones (pendientes) en su contra por algún delito? ☐ SI ☐ No En caso afirmativo, llene los siguientes espacios			
1. Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal			
17C. ¿Ha sido procesado y encontrado No culpable ? ☐ SI ☐ No Fecha del delito: / / En que Tribunal			
17D. ¿Ha sido procesado y encontrado Culpable ? ☐ SI ☐ No Fecha del delito: / / En que Tribunal			
17E. ¿Un tribunal o agencia ha emitido una orden o notificación que establezca que abuso sexualmente, maltrato físicamente, descuido, abandono o exploto a un niño, discapacitado o adulto vulnerable? ☐ SI ☐ No			
17F. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado un contrato por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ No			
17G. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado una licencia por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ No			
17H. ¿Ha renunciado a contrato o licencia por una agencia de gobierno intervenir en su contra por negligencia con niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ No			
17I. ¿Algún tribunal emitió alguna vez órdenes en contra de usted por maltrato, abuso sexual, descuido, abandono, violencia doméstica, explotación o explotación financiera de un adulto vulnerable, discapacitado o niño?..... ☐ SI ☐ No			
• Ha tenido orden de protección/orden de restricción permanente* para adultos vulnerables, ya sea activa o vencida..... ☐ SI ☐ No			
• Ha tenido orden de protección por agresión sexual ☐ SI ☐ No			
• Ha tenido orden de protección civil anti acoso permanente*, sea activa o vencida. Lea "permanente" en instrucciones. ☐ SI ☐ No			
18. TRABAJA ACTUALMENTE ☐ SI ☐ No VOLUNTARIO ☐ BUSCO TRABAJO ☐ ESTUDIANTE/PRACTICANTE ☐ SI ☐ No OFERTA DE EMPLEO ☐ SI ☐ No			
Nombre del Patrono actual o con oferta de empleo o práctica Fecha de comienzo / / Posición			
19. ACEPTO QUE SOY LA PERSONA DESCRITA EN ESTE DOCUMENTO, Y:			
• Comprendo que si no digo toda la verdad en este documento puedo ser acusado de perjurio, podría incumplir con la Ley Núm. 300 del 2 de septiembre de 1999 según enmendada por la Ley Núm. 224 del 17 de diciembre de 2015 y podría no estar autorizado para ofrecer servicios y/o trabajar con adultos vulnerables, menores o niños. Comprendo y acepto que mi firma en la casilla número 20 y mis iniciales significa que:			
• Autorizo al Departamento de Salud de PR a verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de ley y orden.			
• El resultado de mi verificación de antecedentes puede incluir información divulgada previamente por mi mismo y resultados de huellas dactilares que están en el sistema de Verificación de Antecedentes del DSPR y que esta información será reportada según lo permitido por las leyes federales y/o estatales.			
• Si se identifica un hallazgo final, el DSPR podrá reportar mi nombre y que se identificó un hallazgo en el resultado de la verificación de credenciales.			
• Autorizo al Departamento de Salud de PR a entregar el resultado de mi verificación de antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1.			
• Autorizo al Departamento de Salud de PR incluir mi FOTOGRAFIA como parte de la certificación de mi verificación de credenciales e historial delictivo			
• Con la firma de este formulario estoy aceptando la información y los requerimientos aquí descritos y aquellos necesarios para el proceso de la certificación con mis huellas dactilares.			
Este formulario deberá estar firmado e iniciado para poder proceder con la toma de huellas dactilares el día de la cita. Se le apercibe que de no estar de acuerdo NO se llevará a cabo el proceso.			
20. REQUERIDO: SU FIRMA		Acepto incluir FOTOGRAFIA en la certificación (iniciales)	
		FECHA DE HOY DIAMES/AÑO	
21. Solicito y autorizo que mi huella sea registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI		FECHA DE HOY DIAMES/AÑO	
REQUERIDO: SU FIRMA			
Acepto haber recibido instrucciones para obtener la certificación, la información de derechos de privacidad, declaración de Ley, proceso de apelación. Iniciales			

CERTIFICACIÓN NÚMERO:

Certification Number

FECHA CERTIFICACIÓN:

Certification Date

FECHA TOMA DE HUELLAS DACTILARES:

Fingerprint date issued: month/day/year

Nombre del proveedor:

Provider Name

Dirección del proveedor:

Provider address

CERTIFICACIÓN DE LEY 300

Law 300 Certification

Emitida a:

Issued to

nombre Initial apellido paterno apellido materno / name initial first last name second last name

USER ID:

Fecha de Nacimiento - applicant date of birth

EL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD, certifica que el poseedor de esta certificación **CUMPLE** las disposiciones de la Ley Núm. 300 de 2 de septiembre de 1999, según enmendada, y con el Reglamento del Departamento de Salud Núm. 9030 de 29 de mayo de 2018.

THE SECRETARY OF THE HEALTH DEPARTMENT certifies the holder of this certification **COMPLIES** with the provisions of Act No. 300 of September 2, 1999 as amended, and with the Regulation of the Department of Health No. 9030 of May 29, 2018.

Esta certificación está basada en los resultados obtenidos de las huellas dactilares registradas y enviadas al FBI, de la búsqueda local en el sistema del Departamento de Justicia de Puerto Rico incluyendo la base de datos del Departamento de Policía de Puerto Rico, de los análisis realizados al validar la identidad del solicitante por su identificación y por la información provista en su solicitud, entre otros.

This certification is based on the results obtained from the registered fingerprints sent to the FBI, from the local search in the Puerto Rico Department of Justice system including the Puerto Rico Police Department database, from the analysis performed when validating the identity of the applicant by his identification and by the information provided in his application, among others.

Esta certificación vence el 07/23/2026

This certification expires: month/day/year

1 año desde la fecha en que se tomó las huellas dactilares

La persona **AUTORIZÓ** al servicio de Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI.

A tenor con la Orden Administrativa Núm. 2025-620 de 20 de julio de 2025, todo Certificado de Historial Delictivo expedido por el Departamento de Salud al amparo de la Ley 300-1999 es válido por un (1) año. A la fecha de vencimiento de esta certificación si la persona continúa ofreciendo sus servicios a la misma entidad suscrita en esta certificación, podrá, durante los dos (2) años subsiguientes, obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución de una nueva certificación de Ley 300-1999. En estos casos, el Certificado de Historial Delictivo tendrá una vigencia de tres (3) años. Si el proveedor presta servicios bajo una propuesta subvencionada con fondos federales, la vigencia del Certificado de Historial Delictivo será la establecida por la agencia federal correspondiente.

Victor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Lourdes Borrés
Directora Programa PR Background Check Program

Certificado por analista N° JBB
Certified by analyst N°

Este documento fue emitido por la Oficina del PR Background Check del Departamento de Salud de Puerto Rico
This document was issued by the Office of the PR Background Check of the Puerto Rico Department of Health

Patrón: La persona autorizó el servicio de Rap Back, usted es responsable de exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico durante los próximos dos años y certificar en la parte posterior de esta certificación que esta persona continúa laborando con usted en los años subsiguientes de forma consecutiva.

[] Año # 2 Entregó certificado de Antecedentes Penales día _____ mes _____ año _____

Nombre empresa donde continúa laborando _____

Nombre persona que certifica _____ posición _____ firma _____

[] Año # 3 Entregó certificado de Antecedentes Penales día _____ mes _____ año _____

Nombre empresa donde continúa laborando _____

Nombre persona que certifica _____ posición _____ firma _____

Reglamento del Departamento de Salud Núm. 9030 de 29 de mayo de 2018.

THE SECRETARY OF THE HEALTH DEPARTMENT certifies the holder of this certification **COMPLIES** with the provisions of Act No. 300 of September 2, 1999 as amended, and with the Regulation of the Department of Health No. 9030 of May 29, 2018.

Esta certificación está basada en los resultados obtenidos de las huellas dactilares registradas y enviadas al FBI, de la búsqueda local en el sistema del Departamento de Justicia de Puerto Rico incluyendo la base de datos del Departamento de Policía de Puerto Rico, de los análisis realizados al validar la identidad del solicitante por su identificación y por la información provista en su solicitud, entre otros.

This certification is based on the results obtained from the registered fingerprints sent to the FBI, from the local search in the Puerto Rico Department of Justice system including the Puerto Rico Police Department database, from the analysis performed when validating the identity of the applicant by his identification and by the information provided in his application, among others.

Esta certificación vence el 07/30/2026

This certification expires: month/day/year

1 año desde la fecha en que se tomó las huellas dactilares

La persona **AUTORIZÓ** al servicio de Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI.

A tenor con la Orden Administrativa Núm. 2025-620 de 20 de julio de 2025, todo Certificado de Historial Delictivo expedido por el Departamento de Salud al amparo de la Ley 300-1999 es válido por un (1) año. A la fecha de vencimiento de esta certificación si la persona continúa ofreciendo sus servicios a la misma entidad suscrita en esta certificación, podrá, durante los dos (2) años subsiguientes, obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución de una nueva certificación de Ley 300-1999. En estos casos, el Certificado de Historial Delictivo tendrá una vigencia de tres (3) años. Si el proveedor presta servicios bajo una propuesta subvencionada con fondos federales, la vigencia del Certificado de Historial Delictivo será la establecida por la agencia federal correspondiente

Victor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Lourdes Borrés
Directora Programa PR Background Check Program

Certificado por analista N°
Certified by analyst N° MMG

Este documento fue emitido por la Oficina del PR Background Check del Departamento de Salud de Puerto Rico

This document was issued by the Office of the PR Background Check of the Puerto Rico Department of Health

Patrono: La persona autorizó el servicio de Rap Back, usted es responsable de exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico durante los próximos dos años y certificar en la parte posterior de esta certificación que esta persona continúa laborando con usted en los años subsiguientes de forma consecutiva.

[] Año # 2 Entregó certificado de Antecedentes Penales día ____ mes ____ año ____

Nombre empresa donde continúa laborando _____

Nombre persona que certifica _____ posición _____ firma _____

[] Año # 3 Entregó certificado de Antecedentes Penales día ____ mes ____ año ____

Nombre empresa donde continúa laborando _____

Nombre persona que certifica _____ posición _____ firma _____



DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Puerto Rico Background Check

206123

CERTIFICACIÓN NÚMERO:

Certification Number

FECHA CERTIFICACIÓN: 07/24/2025

Certification Date

FECHA TOMA DE HUELLAS DACTILARES:

Fingerprint date issued: month/day/year

Nombre del proveedor:

Provider Name

Dirección del proveedor:

Provider address

CERTIFICACIÓN DE LEY 300

Law 300 Certification

Emitida a:

issued to

nombre Initial apellido paterno apellido materno / name initial first last name second last name

USER ID:

Fecha de Nacimiento - applicant date of birth

EL SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD, certifica que el poseedor de esta certificación **CUMPLE** las disposiciones de la Ley Núm. 300 de 2 de septiembre de 1999, según enmendada, y con el Reglamento del Departamento de Salud Núm. 9030 de 29 de mayo de 2018.

THE SECRETARY OF THE HEALTH DEPARTMENT certifies the holder of this certification **COMPLIES** with the provisions of Act No. 300 of September 2, 1999 as amended, and with the Regulation of the Department of Health No. 9030 of May 29, 2018.

Esta certificación está basada en los resultados obtenidos de las huellas dactilares registradas y enviadas al FBI, de la búsqueda local en el sistema del Departamento de Justicia de Puerto Rico incluyendo la base de datos del Departamento de Policía de Puerto Rico, de los análisis realizados al validar la identidad del solicitante por su identificación y por la información provista en su solicitud, entre otros.

This certification is based on the results obtained from the registered fingerprints sent to the FBI, from the local search in the Puerto Rico Department of Justice system including the Puerto Rico Police Department database, from the analysis performed when validating the identity of the applicant by his identification and by the information provided in his application, among others.

Esta certificación vence el 07/21/2026

This certification expires: month/day/year

1 año desde la fecha en que se tomó las huellas dactilares

La persona **NO AUTORIZÓ** al servicio de Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI.

Victor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Lourdes Borrés
Directora Programa PR Background Check Program

Certificado por analista N° XMM
Certified by analyst N°

Este documento fue emitido por la Oficina del PR Background Check del Departamento de Salud de Puerto Rico
This document was issued by the Office of the PR Background Check of the Puerto Rico Department of Health

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 2025-624

ENMIENDA A LA ORDEN ADMINISTRATIVA 2025-620, ORDEN PARA EXTENDER LA VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS DE HISTORIAL DELICTIVO EXPEDIDOS POR EL *BACKGROUND CHECK PROGRAM* (PRBCP) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y A PROVEEDORES QUE PERMANECEN PRESTANDO SERVICIOS A UNA MISMA ENTIDAD

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado por virtud de la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, conocida como *Ley Orgánica del Departamento de Salud*, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6, de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, el Secretario de Salud tiene la autoridad de implantar medidas de salud pública dirigidas a propiciar y conservar la salud de todos y de emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: La "Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud", Ley Núm. 300 de 2 de septiembre de 1999 (Ley 300-1999), según enmendada, establece como política pública del Gobierno de Puerto Rico la adopción, promoción e implantación de mecanismos de prevención de maltrato o abuso físico o sexual contra menores, envejecientes y personas con discapacidad, en instalaciones de cuidado y cuando reciben servicios de cuidado en el hogar.

POR CUANTO: La Ley 300-1999 delegó en el Secretario de Salud la facultad de promulgar las normas necesarias para poner en vigor las disposiciones relacionadas con la expedición de la certificación requerida en dicha ley.

POR CUANTO: El *Reglamento del Sistema Integrado de Credenciales e Historial Delictivo del Departamento de Salud*, Reglamento Núm. 9030 de 29 de mayo de 2018, implementa las disposiciones de la Ley 300-1999 y establece las normas y procedimientos para la operación del Sistema Integrado de Credenciales e Historial Delictivo (SICHDe), adscrito al Departamento de Salud. Este sistema opera a través del programa *Background Check Program* (PRBCP) del Departamento de Salud, división responsable de verificar la información delictiva de los solicitantes.

POR CUANTO: Actualmente, el certificado que expide el Programa PRBGC, al amparo de la Ley 300-1999 y el Reglamento Núm. 9030, tiene una vigencia de un (1) año. Este término de vigencia fue adoptado por el PRBGC, sin embargo, no está ordenado en la Ley 300-1999. Por otro lado, tampoco existe legislación federal que regule la vigencia de las verificaciones de historial delictivo, dejando este aspecto en manos de cada

jurisdicción y de los patronos. Algunos estados han adoptado términos que van de dos (2) hasta cinco (5) años para la renovación de la verificación de historial delictivo.

POR CUANTO: Mediante la Orden Administrativa número 2025-620 de 20 de julio de 2025, el Secretario de Salud extendió la vigencia de los certificados de historial delictivo a aquellos proveedores que continuaban ofreciendo sus servicios a una misma entidad o patrono, siempre que estuvieran inscritos en el sistema Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI. No obstante, resulta necesario enmendar dicha Orden para precisar el alcance de la excepción que esta establece.

POR TANTO: **YO, VÍCTOR MANUEL RAMOS OTERO, MD, MBA, SECRETARIO DE SALUD DE PUERTO RICO, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES Y EN VIRTUD DE LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO COMO SIGUE:**

SECCIÓN I: Se enmiendan los acápites SEGUNDO y TERCERO de la Orden Administrativa 2025-620 para que lean:

SEGUNDO: VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE HISTORIAL DELICTIVO:

Todo Certificado de Historial Delictivo expedido por el Departamento de Salud al amparo de la Ley 300-1999 será válido por un (1) año.

EXCEPCIONES A LA VIGENCIA DE UN (1) AÑO:

1. Si un proveedor cuenta con un certificado de historial delictivo expedido en el año 2024 y continúa ofreciendo sus servicios a una misma entidad, podrá, durante los dos (2) años subsiguientes, obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución del requerido por la Ley 300-1999.
2. Para todo certificado expedido a partir del año 2025, si al año de haberse expedido el certificado de historial delictivo, el proveedor continúa ofreciendo sus servicios a una misma entidad, podrá, durante los dos (2) años subsiguientes obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución del requerido por la Ley 300-1999. Para acogerse a la extensión de la certificación que se establece en esta sección, al momento de la toma de huellas, la persona debe solicitar y autorizar su registro en el servicio Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI.



3. Si el proveedor presta servicios bajo una propuesta subvencionada con fondos federales, la vigencia del Certificado de Historial Delictivo será la establecida por la agencia federal correspondiente

TERCERO: PATRONOS: Todo patrono deberá exigir el Certificado de Historial Delictivo expedido por Departamento de Salud a toda persona que emplee o contrate para ofrecer servicios de cuidado a personas de edad avanzada, menores o personas con discapacidad, y deberá conservar copia de este.

En aquellos casos en que el proveedor se beneficie de las excepciones enumeradas en el párrafo anterior, el patrono deberá exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico durante el periodo cubierto por la extensión de vigencia.

SECCIÓN 2: APLICABILIDAD Y VIGENCIA: Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente. Todos los memorandos y órdenes administrativas previamente emitidas por cualquier Secretario de Salud, en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las de esta Orden, quedarán derogadas y sin efecto legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden Administrativa y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, hoy 20 de agosto de 2025, en San Juan, Puerto Rico.


VÍCTOR M. RAMOS OTERO, MD
SECRETARIO DE SALUD





prbackgroundcheck@salud.pr.gov

787-522-3966
787-765-2929 EXT.2234

GRACIAS