



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos

SOLICITUD DE REEXAMEN

_____ **Histotécnicos**

_____ **Histotecnólogos**

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Seguro Social: XXX-XX- _____ Correo electrónico: _____

Núm. de teléfono celular: _____ Núm. de teléfono alterno: _____

Fecha en que tomó su último examen: _____

¿Cuántas veces ha tomado el examen? 1 (), 2 (), 3 (), 4 () 5 o más ()

**DE ACUERDO CON LEY ADA TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE EN CASO DE DISCAPACIDAD.
DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO ORIGINAL CON EL TIPO DE ACOMODO QUE SOLICITA.**

Intereso _____

No intereso _____

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____

_____ Fecha de radicación

_____ Firma del solicitante

Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

1. Identificación con foto vigente **original y copia** (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).
2. Certificado de Antecedentes Penales (**No mayor de (3) tres meses previos a la fecha de radicación**).
3. Curso de actualización que haya sido aprobado por la Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos (**Aplica a los candidatos que hayan fracasado en más de tres (3) ocasiones**).
4. Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
5. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00). **Pago no reembolsable.**
Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. ABRIL/2026