



**JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE  
PUERTO RICO  
P.O. BOX 10200  
SAN JUAN, PR. 00908 - 0200**

**ctrinidad@salud.pr.gov**

**(787) 765-2929 ext. 3462**

**SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN  
DE REVÁLIDA**

**INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE (LEER ESTA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD)**

Esta solicitud tiene que ser en formato original, la cual puede obtener directamente con la Junta Examinadora en la siguiente dirección: calle Ponce de León #1590. Marginal Carr. No 1 (de Río Piedras a Caguas) (frente al antiguo edificio de la Electrónica). La misma debe estar completada en todas sus partes con los siguientes requisitos de acuerdo con la Ley Número 148 del 4 de julio de 1975, según enmendada

1. Someta original de Transcripción Oficial de Créditos de la Universidad o Colegio donde estudió. Ésta deberá ser enviada por la Universidad o colegio a la Junta. La institución deberá ser reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. Si ha estudiado en el extranjero deberá someter su Transcripción Oficial de Créditos certificada por la embajada de los Estados Unidos en dicho país, y original y copia del título.
2. Original de Certificado de Antecedentes Penales expedido por la policía de Puerto Rico. (no más de seis meses de expedido).
3. Certificado de Nacimiento (Original y copia)
4. Tarjeta de Seguro Social (Original y Copia)
5. Evidencia que demuestre su estatus legal y el permiso para trabajar en Puerto Rico (Si usted, no es ciudadano de los Estados Unidos).
6. Giro postal o cheque certificado por el banco de cien (\$100.00) dólares a nombre del secretario de Hacienda por derecho a tomar exámen y a obtener licencia permanente.
7. Para solicitar licencia provisional, deberá realizar un pago adicional de veinticinco (\$25.00) dólares en giro o cheque certificado por el banco a nombre del secretario de Hacienda.
8. Giro postal o cheque certificado por el banco de diez (\$10.00) dólares a nombre del secretario de Hacienda para el Manual de Procedimiento de Examen de Reválida.
9. Dos sobres pre-dirigidos con sello.

Se recomienda que adquiera la Ley Número 148 del 4 de julio de 1975, según enmendada, el Reglamento General y el Reglamento de Educación Continua y Registro de la Junta.

**Notas:** \*Será responsabilidad del profesional notificar por escrito cualquier cambio de nombre o dirección postal. La omisión de este requisito puede afectar el status de su licencia.

\*El nombre que aparecerá en su licencia profesional o en su licencia provisional será el que está escrito en el Certificado de Nacimiento.

**\*LOS DERECHOS COBRADOS NO SERÁN DEVUELTOS BAJO NINGÚN CONCEPTO.**

**La Junta Examinadora podrá exigir cualquier otro documento que considere necesario para la evaluación de su solicitud. Los derechos cobrados no serán devueltos bajo ningún concepto.**



**JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO**

P O Box 10200

San Juan PR 00908

Tel. (787) 765-2929 Ext. 3462

**SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN PARA EDUCADORES EN SALUD**

Fecha de Radicación: \_\_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_\_ Maestría \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Núm. Tel: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



(Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegar o para cancelar la licencia, después de expedida).

Esta solicitud deberá ser cumplimentada únicamente por aquellas personas mayores de dieciocho (18) años, que reúnan las cualidades, requisitos educativos y de experiencia exigidos por la Junta Examinadora en armonía con las disposiciones de la Ley Núm. 148 del 4 de julio de 1975, según enmendada.

Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Educador en Salud y bajo juramento someto las siguientes declaraciones:

**DECLARACIÓN JURADA**



Estado o Territorio \_\_\_\_\_

Pueblo o Ciudad de \_\_\_\_\_

Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que todas las declaraciones que ésta contine son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mí hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, bajo firma y sello.

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

**OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

EL SOLICITANTE DEBERÁ LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS  
(Llénese a maquinilla o en letra de molde)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar  
de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . En caso negativo  
explique \_\_\_\_\_

¿Ha sido convicto de delito grave o depravación moral? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ . En caso afirmativo explique  
en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

### **CERTIFICADO DE SOLVENCIA MORAL**

Para ser firmado por dos (2) **Educadores en Salud debidamente licenciados**, o dos (2) **Profesores de Educación en Salud**, que puedan dar fe de sus cualidades profesionales.

Los abajo firmantes **Certificamos a la Junta Examinadora de Educadores en Salud**, que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos un año 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 como:

\_\_\_\_\_

(1er) \_\_\_\_\_ lic. \_\_\_\_\_  
Nombre Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

(2do) \_\_\_\_\_ lic. \_\_\_\_\_  
Nombre Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

### **PREPARACIÓN ACADÉMICA**

Nombre y dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato de Educación en Salud Comunal \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Maestría en Educación en Salud \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN RELACIONADA-RECIPROCIDAD**

Indique si posee licencia profesional de Puerto Rico, de algún estado de los Estados Unidos o de algún país extranjero.

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición \_\_\_\_\_

País que otorgó la licencia \_\_\_\_\_