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 Educadores en Salud

SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN PARA EDUCADORES EN SALUD

Fecha de Radicación: _____ Bachillerato_____ Maestría _____

Nombre: _____

Dirección Postal:_____

Núm. Tel: _____ Correo electrónico: _____

♣♣♣

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

_____ _____ _____ _____

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

_____ _____ **F** _____ **M**_____ _____

Seguro Social **Fecha de Nacimiento** **Género** **Ciudadanía**

***Últimos 4 dígitos** **mes/dia /año**

_____ _____ _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

E-mail: _____

Información Personal:

Dirección Postal

_____

_____

_____

_____

Ciudad, País, Código Postal

Fecha de Graduación: _____ **Grado Obtenido:** _____

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 Trascripción 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 policia 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.

JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 00908-0200
ctrinidad@salud.pr.gov
787-999-8989 x 3462