



**SOLICITUD DE EXAMEN Y OBTENCIÓN DE LICENCIA
PARA LA REVALIDA DE ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD**

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX-_____ e identificado mediante _____
Clase de identificación

Número _____.

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO-----

ADHIERA
FOTOGRAFIA
2 X 2
RECIENTE

Expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a la JUNTA, así como a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca, solicite o intercambie información pública que se requiera sobre su persona, con propósitos de ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud y cualquier otra información que en el futuro forme parte de su expediente ante la JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO.

Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de 20 _____, en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario

SELLO ASISTENCIA LEGAL

SELLO DEL NOTARIO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____
Núm. y Calle Barrio o Urbanización Pueblo ZipCode

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELEFONOS: RES. _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

POSICIÓN: _____ TEL. TRABAJO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ LUGAR: _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

ESTATURA: _____ COLOR DE CABELLO: _____ COLOR DE OJOS: _____ PESO: _____

SEÑAS PARTICULARES: _____

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ Si contesta en la negativa, indique si es usted
 NATURALIZADO _____ o _____ RESIDENTE _____
Número de certificado Número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO? _____ Si contesta en la afirmativa, indique
 _____ / _____
Fecha y lugar del cambio Razón del cambio Nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ Si contesta en la afirmativa, indique
 _____ / _____
Naturaleza del delito Lugar y fecha Status

---UTILICE PLIEGO O DOCUMENTO APARTE PARA INFORMACIÓN ADICIONAL, DE SER NECESARIO---

DESEO TOMAR EL EXAMEN EN: _____ ESPAÑOL _____ INGLÉS

SOLICITO ACOMODO RAZONABLE: _____ SI _____ NO (En caso de afirmativo, deberá presentar evidencia médica que
 especifique el acomodo que solicita)

****CERTIFICADO MEDICO****

Yo, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la
Nombre del médico en letra legible

Licencia número _____, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos, CERTIFICO que he examinado a
 _____, encontrándole en buen estado general de salud y libre de
Nombre del solicitante en letra legible

Enfermedad o condición contagiosa.

_____ Fecha _____ Firma del médico

****EDUCACION****

_____ Grado obtenido _____ Institución Educativa _____ Fecha

CERTIFICACIÓN

Por la presente yo, _____

Certifico que he cumplido cabalmente con lo establecido en la Ley Núm. 165 del año 2004, la cual establece entre sus secciones lo siguiente:

Sección 2. – Se enmienda el Artículo 5 de la Ley Núm. 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada, para que se lea como sigue:

“Artículo 5. – Concesión de Licencias”

La Junta concederá licencia de administrador de Servicios de Salud a toda persona que apruebe un examen conforme a las normas adoptadas por la misma mediante reglamento y que en adición, cumpla con los demás requisitos establecidos por el Artículo 6 de esta Ley.

ANTE LO CUAL CERTIFICO, que al aún no poseer licencia vigente como Administrador de Servicios de Salud emitida por la Junta Examinadora de Administrador de Servicios de Salud de Puerto Rico, no he hecho uso del título de licenciado o licenciada referente a Administrador de Servicios de Salud.

De lo antes dicho, doy fe hoy _____ De _____ de 20____, en _____, Puerto Rico.

Nombre, Inicial, Apellido Paterno, Apellido Materno
(Favor de escribir en letra de molde)

FIRMA (Bolígrafo tinta azul)

**JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES
DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO**

REQUISITOS

De acuerdo con la Ley Núm. 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada, y el Reglamento General de la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud, el solicitante a examen y licencia debe cumplir los siguientes requisitos y presentar evidencia:

- _____ 1. Presentar ante la Junta la solicitud oficial provista por dicho organismo cumplimentada en todas sus partes.
- _____ 2. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento en original. Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o Certificado de Naturalización en el espacio correspondiente de la solicitud y presentar el documento en la oficina de la Junta para verificación.
- _____ 3. Presentar **DECLARACIÓN JURADA** de dos (2) miembros de la comunidad, acreditativas de la buena conducta del solicitante. *(El formato para este propósito se provee en el formulario de solicitud.)*
- _____ 4. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico en los seis (6) meses anteriores a la fecha en que radica su solicitud de examen y licencia.
- _____ 5. **CERTIFICADO MEDICO** acreditativo de que el solicitante goza de buena salud al momento de radicar la solicitud. *(El formato para este propósito se provee en el formulario de solicitud.)*
- _____ 6. **ORIGINAL Y OFICIAL TRANSCRIPCIÓN DE CREDITOS Y CERTIFICACIÓN DE GRADO DE MAESTRIA** por una universidad, colegio o escuela reconocido por la Junta, acreditativo de haber obtenido el grado de Maestro en Administración de Servicios de Salud, o su equivalente, que incluya una residencia administrativa de por lo menos ochocientas (800) horas, en una facilidad de servicios de salud y cuyo preceptor se encuentre en cumplimiento de la Ley Número 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada y de la Ley Número 2 de 23 de febrero de 1990, así como de aquellos reglamentos adoptados en virtud de las mismas.

Estos documentos deben de ser solicitados y enviados directamente de la Institución a la Junta a la siguiente dirección:

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

Refiérase a la sección de **INFORMACIÓN GENERAL** para requisitos de acreditación o certificación de instituciones educativas.

- _____ 7. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTER CARD)** esto es por derecho de examen y licencia, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por la cantidad de **\$15.00 dólares (No reembolsables)**.
- _____ 8. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTER CARD)** esto es por la Compañía Didaxis que ofrece el examen, la cantidad de **\$85.00 dólares (No reembolsables)**.

...continúa al dorso con INFORMACION GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

1. **ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:** La Ley Número 75, dispone que, en el caso de instituciones educativas radicadas en Puerto Rico, el programa de estudios deberá estar certificado por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CES) y por la entidad "Accrediting Commission Education for Health Services Administration". Igualmente dispone que si la institución educativa radica en Estados Unidos, deberá estar certificada por "Accrediting Commission on Education for Health Services Administration".)

El requisito de residencia administrativa, así como el requisito de acreditación de la institución de procedencia por "Accrediting Commission on Education for Health Services Administration" **en el caso de instituciones educativas radicadas en Puerto Rico**, no aplicará a los solicitantes que hayan iniciado sus estudios en dichas instituciones y en la disciplina de administración de servicios de salud antes del 24 de junio de 2004.

La entidad "Accrediting Commission on Education for Health Services Administration" pasó a ser "The Commission of Healthcare Management Education".

2. **LICENCIA PROVISIONAL:** El Reglamento General de la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud provee para la expedición de una licencia provisional al solicitante ser admitido a examen de reválida. Esta licencia tendrá vigencia hasta que la Junta celebre el examen de reválida más próximo a su expedición y dé a conocer el resultado. La licencia provisional no es renovable.

El solicitante que interese obtener esta licencia provisional, debe pagar los derechos de la misma mediante giro postal o bancario por la cantidad de **\$10.00 dólares (No reembolsables)**, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico. Esta cantidad debe ser incluida con la solicitud de Licencia Provisional.

3. **MANUAL DE INFORMACIÓN:** Está disponible un Manual de Información sobre Procedimientos de Reválida y Licencia, publicado por la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud según disposición de la Ley Número 107 de 10 de abril de 2003. El mismo contiene las normas sobre el procedimiento de examen de reválida, sobre las licencias y sobre otras leyes que aplican al ejercicio de la profesión de Administrador de Servicios de Salud. Su costo es de **\$5.00 dólares (No reembolsables)**, pagaderos mediante giro a favor del Secretario de Hacienda de Puerto Rico.
4. No se dará curso a las solicitudes de examen o a la licencia provisional hasta tanto el aspirante haya presentado **TODOS** los documentos que acrediten que cumple con todos los requisitos de admisión a examen, según éstos detallados en este documento. Manténgase atento a la prensa para conocer las fechas de convocatorias o solicite información a la oficina de la Junta. (Ordinariamente se ofrece una convocatoria entre los meses de mayo a junio y noviembre a diciembre de cada año.)

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

**P.O. BOX 10200 SANTURCE, P.R. 00908
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6590**

CARMEN RODRIGUEZ-SECRETARIA

EMAIL: calrodriguez@salud.pr.gov

OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD Edificio GM GROUP (Tercer Piso)

**Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras
Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica**