

JUNTA EXAMINADORA DE DOCTORES EN NATUROPATIA DE PUERTO RICO

Requisitos para solicitar licencia para ejercer la profesión de Doctor en Neuropatía en Puerto Rico

1. Haber obtenido el grado doctoral en medicina naturopática de una institución autorizada por el Council of Naturapathic Medical Education (CNME) o por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CES) o por cualquier otra institución acreditadora reconocida por el Consejo de Educación Superior, cuyo curso de estudios este aceptado y registrado por la Junta.
2. Haber tomado y aprobado los exámenes de Revalida ofrecidos por el NPLEX o su equivalente.
3. Ser mayor de dieciocho (18) años.
4. Certificado negativo de Antecedentes Penales otorgado por la Policía de Puerto Rico y por las autoridades competentes en las jurisdicciones en donde el aspirante hubiera residido.
5. Emitir cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de \$250.00
6. Certificación oficial del grado obtenido a ser enviado directamente a la Junta Examinadora de Doctores en Neuropatía a la siguiente dirección:

Junta Examinadora de Doctores en Neuropatía
Call Box 10200
San Juan, PR 00908

7. Certificación de Solvencia Moral firmada por dos (2) Doctores en Neuropatía con licencia en Puerto Rico o por dos (2) médicos naturopáticos licenciados en cualquier jurisdicción de los Estados Unidos y deben de estar en "Good Standing" con la Junta de dicha jurisdicción.
8. Foto 2x2 para cumplimentar la solicitud.
9. La Solicitud deberá ser juramentada ante un notario público. De juramentar fuera de Puerto Rico y dentro de los Estados Unidos, debe traer certificación de "County Clerk" de dicha jurisdicción comprobando la autenticidad de dicho notario.
10. Tres sobres pre-dirigidos con sello.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
JUNTA EXAMINADORA DOCTORES EN NATUROPATIA
DE PUERTO RICO



NOMBRE: _____

- ___1. SOLICITUD DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA.
- ___2. CERTIFICADO DE NACIMIENTO (ORIGINAL Y COPIA).
- ___3. CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA POR LA POLICIA DE PR Y LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN LAS JURISDICCIONES EN DONDE EL ASPIRANTE HUBIERA RESIDIDO.
- ___4. CERTIFICADO DE SALUD (ORIGINAL Y COPIA)
- ___5. CERTIFICACION DE GRADO
- ___6. TRANSCRPCION DE CREDITOS DEL GRADO DOCTORAL
- ___7. CERTIFICADO DE APROBACION DEL EXAMEN DE REVALIDA (NPLEX)
- ___8. CERTIFICADO DE ASUME.
- ___9. SEGURO DE IMPERERICIA MEDICA

PAGOS REQUERIDO

- 1. Por derecho a solicitud de licencia permanente \$250.00

RECIBIDO POR: _____

FECHA DE RECIBO: _____

GOVERNMENT OF PUERTO RICO
BOARD OF DOCTOR OF NATUROPATHIC MEDICINE OF PUERTO

DEPARTAMENTO DE
SALUD



NAME: _____

- ___ 1. APPLICATION FORM.
- ___ 2. BIRTH CERTIFICATE (ORIGINAL/ COPY).
- ___ 3. NEGATIVE CRIMINAL RECORD.
- ___ 4. HEALTH CERTIFICATE.
- ___ 4. DIPLOMA AND GRADUATION CERTIFICATION.
- ___ 5. DOCTORAL DEGREE TRANSCRIPT.
- ___ 6. NPLEX TRANSCRIPT.
- ___ 7. ASUME (NON-DEBT CERTIFICATE).
- ___ 8. MALPRACTICE INSURANCE
- ___ 9. REGISTRATION FORM

REQUIRED PAYMENT:

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. APPLICATION AND PERMANENT LICENSE | \$250.00 |
|--------------------------------------|----------|

RECIBIDO POR: _____

FECHA DE RECIBO: _____

PUERTO RICO BOARD OF NATUROPATHIC PHYSICIANS

Call Box 10200
San Juan, P.R. 00908
losorio@salud.gov.pr



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

**BOARD EXAM AND LICENSE APPLICATION TO PRACTICE NATUROPATHIC
MEDICINE IN PUERTO RICO**

Name : _____

Last Name

Middle Name

First Name

Postal address: _____

Telephone: _____

SWORN STATEMENT

To appear _____

(Full Applicant Name)

AND UNDER OATH

Certifies that he (she) is the person who this application refers to, the information given here is true, and the photo included is alike and was recently shot.

**ATTACHED
PHOTOGRAPHY
MUST BE 2 X 2 ½**

The applicant understands that giving false information in this application is enough reason for the Puerto Rico Board of Naturopathic Physicians to deny, cancel or revoke its license.

Authorizes any person, corporation, public or private agency to ask or corroborate the information given in this application by the Puerto Rico Board of Naturopathic Physicians.

Applicant's Signature

Sworn and subscribed before me today _____ of _____ of _____, under stamp and signature.

Public Notary Signature and Stamp

Date and Place of Birth: _____ / _____ / _____, _____
Month Day Year Place

Social Security Number: _____ - _____ - _____

Are you a United States resident? Yes: _____ No: _____

If your answer is negative inform if you have been naturalized:

_____ or resident: _____
certificate number card number

Has your name been changed? Yes: _____ No: _____

If you answered yes, indicate:

_____ original first and last name
date and place of change reason for change

Have you been convicted of a felony or misdemeanor that indicates moral depravation?

Yes: _____ No: _____

Do you suffer from a mental or physical condition that could affect your practice of Naturopathic Medicine?

Yes: _____ No: _____

If answer if yes, explain and include in a separate paper with the application.

Do you ingest alcohol in excess and/or use narcotic drugs?

Yes: _____ No: _____

If your answer is yes, have you been treated for this?

Yes: _____ No: _____

Have you suffered from a contagious disease?

Yes: _____ No: _____

If answer is yes, you must submit a medical certificate explaining the condition and your health status at the moment you present this application.

CERTIFICATE OF MORAL CONDUCT
(Must be signed by two Naturopathic Doctors)

We certify to the Puerto Rico Board of Naturopathic Physicians, that we personally know the applicant for at least a year and ascertain that this person is responsible, respectful, and of good moral conduct, reason why we consider him (her) able to practice Naturopathic Medicine.

1.

DOCTOR IN NATUROPATHIC MEDICINE NAME

Postal Address: _____

Telephone: _____

2.

DOCTOR IN NATUROPATHIC MEDICINE NAME

Postal Address: _____

Telephone: _____

**JUNTA EXAMINADORA DE DOCTORES EN NATUROPATIA
DE PUERTO RICO**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

Fecha: _____

Solicitud Aceptada () Solicitud Denegada ()

PRESIDENTE _____

VICE - PRESIDENTE _____

MIEMBROS:

OBSERVACIONES:

