



**JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO**

PO BOX 10200  
SAN JUAN PR 00908-0200

**SOLICITUD DE EXAMEN**

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

\_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

DIRECCIÓN FÍSICA:

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL:

\_\_\_\_\_

TELEFONOS:

\_\_\_\_\_  
Residencia                      Trabajo                      Celular                      Otro

SEGURO SOCIAL NUM.: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
MES / DIA / AÑO

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA**



COMPARECE \_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

***y debidamente JURAMENTADO 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 es de su persona y fue tomada recientemente.***

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

***JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.***

AFFIDÁVIT NUM.: \_\_\_\_\_ SELLO DEL  
\_\_\_\_\_  
NOTARIO

Firma del Notario

Esta solicitud debe ser cumplimentada únicamente por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos y de experiencia exigidos por la Ley Núm. 6 del 9 de marzo de 1967, según enmendada.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla, para cancelar la Licencia después de expedida o penalizar a la persona que ha declarado falsamente.

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellidos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Indique original: \_\_\_\_\_

2. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Personas nacidas en el extranjero debe someter evidencia de su Estatus)

4. ¿Ha sido convicto de algún delito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)

5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad, condición o impedimento?

**Acomodo Razonable:**  SI  NO

En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable, la fecha debe ser la misma de esta solicitud)

---

### **CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA**

**Para ser cumplimentada y firmado por dos (2) ciudadanos de buena reputación moral.**

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Embalsamadores que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos cinco años y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de EMBALSAMADOR en Puerto Rico:

\_\_\_\_\_  
**Nombre (Letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre (Letra de molde)**

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

## **PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL**

### ***ESCUELA SUPERIOR:***

Nombre de Escuela o Colegio: \_\_\_\_\_

¿Es graduado de escuela superior? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha de Graduación: \_\_\_\_\_

¿Usted culminó con estudios libres? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha de Culminación: \_\_\_\_\_

---

### ***CERTIFICACIÓN DE REGISTRO DEMOGRÁFICO:***

Certificamos que \_\_\_\_\_ ha completado satisfactoriamente el adiestramiento en Registro Demográfico en los asuntos inherentes a la práctica de la profesión de Embalsamador. Realizando dicha práctica en el Distrito Número: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

SELLO OFICIAL DE  
REGISTRO DEMOGRÁFICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REGISTRADOR

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

---

### ***CERTIFICACIÓN DE ESCUELA PARA EMBALSAMADORES:***

Certificamos que \_\_\_\_\_ ha completado satisfactoriamente el curso de embalsamadores de \_\_\_\_\_ año(s) de duración, habiéndose expedido el correspondiente Diploma en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con el Grado Otorgado de Embalsamador.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA ESCUELA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

SELLO OFICIAL DE LA ESCUELA

**REQUISITOS PARA ACOMPAÑAR SOLICITUD DE EXAMEN**

1. Certificado de Nacimiento de Puerto Rico **original y copia**, (Ley 191 de 2009) *expedido* a partir del **1ro de julio de 2010**, solo aplica a los nacidos en Puerto Rico.  
Los nacidos dentro de los Estados Unidos **original y copia** (no le aplica la Ley 191 de 2009).  
Candidatos **nacidos fuera de los previos de Estados Unidos**, deberán **copia certificado de nacimiento además evidencia original y copia de ciudadanía o residencia permanente de los EEUU**. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos.
2. Negativa de **Asume -30 días de la fecha de la solicitud de examen.**
3. **Certificado de Antecedente Penal** emitido por la Policía de Puerto Rico y cuya fecha de emisión no podrá ser anterior a **30 días de la fecha de la solicitud de examen.**
4. Copia de identificación (vigente)–licencia de conducir, identificación DTOP o pasaporte.
5. **Certificado de Salud original** expedido por un médico debidamente autorizado a ejercer dicha profesión en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
6. **Diploma** de escuela superior, transcripcion de creditos 4<sup>to</sup> año ó certificación de graduacion 4<sup>to</sup> año, **original y copia.**
7. Diploma de cursos en Ciencias Mortuorias, **original y copia.**
8. **Transcripcion de créditos oficial y certificación de grado** aprobados por el aspirante de su curso en Ciencias Mortuorias. Las transcripciones oficiales de créditos de los aspirantes que serán aceptadas por la Junta, serán aquellas que provengan de las instituciones de educación cuyos programas estén debidamente acreditados por el Concejo General de Educación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Deberán ser enviadas directamente a la Junta por la Institución a la siguiente dirección:

**JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES**  
**P. O. BOX – 10200**  
**SANTURCE, PUERTO RICO, 00908-0200**

9. **Certificación de Escuela para Embalsamadores:** Firmada por el Director de la institución educativa cuyo programa acredite al aspirante haber completado satisfactoriamente el Curso para Embalsamadores. (**La Solicitud de Examen contiene la misma**)
10. **Certificación de Registro Demografico:** Firmada por el Director del Registro Demográfico de Puerto Rico o del funcionario en quien éste delegue, acreditativa de que el aspirante completó satisfactoriamente un adiestramiento del Registro Demográfico relacionado con los asuntos inherentes a la práctica de la profesión de embalsamador. (**La Solicitud de Examen contiene la misma**)
11. Pago de solicitud de \$ **75.00** (setenta y cinco) **ATH, VISA, MASTER CARD, Giro Postal** pagadero al **SECRETARIO DE HACIENDA** por la cantidad estipulada. Los derechos de pago no serán reembolsados al solicitante
12. **Pago de \$ 110.00** (*\$75 cada parte*) a **Didaxis** por concepto de examen, este pago se entrega una vez Didaxis le contacte para incibirse, puede hacerlo con ATH, VISA, MASTER CARD, Giro Postal. El pago no es reembolsable

***NOTA : La Junta podrá, de estimarlo necesario, para determinar elegibilidad de cada aspirante, solicitar cualquier otra evidencia adicional que estime pertinenter y según sea razonable.***



*Junta Examinadora de Embalsamadores de Puerto Rico*

**SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE**

<b>Nombre</b>	
	<b>Apellidos, Nombre [en letra de molde]</b>
<b>Últimos 4 dígitos del Seguro Social</b>	<b>Examen que solicita</b> <input type="checkbox"/> <b>Ciencias Mortuoria</b> <input type="checkbox"/> <b>Ciencias Medicas</b>

La evidencia médica tiene que ser del profesional de la salud que está tratando al candidato por la condición para la cual solicita acomodo. Este profesional no podrá ser exprofesor o pariente del candidato dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad. Deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido mediante consultas con la Junta Examinadora. La Junta garantiza la confidencialidad de la información.

El examen de reválida consta de 100 preguntas ciencias mortuorias, 101 preguntas ciencias medicas de selección de la mejor respuesta, se administra en un periodo de 2 horas cada parte sin periodo de descanso.

**PARTE I – Esta parte tiene que ser completada por el profesional (médico o psicólogo) que atiende al candidato para la condición para la cual solicita acomodo.**

<b>INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN</b>	
Nombre del profesional	
Profesión	<input type="checkbox"/> Médico      Especialidad:
	<input type="checkbox"/> Psicólogo      Área de Práctica:
Número de Licencia	Años Ejerciendo la Profesión:
Número de Teléfono	
Dirección de su oficina profesional	
Marque tipo de condición	Especifique diagnóstico relacionado con la condición médica dentro de la categoría seleccionada
<input type="checkbox"/> Sensorial (visual, auditivo)	
<input type="checkbox"/> De aprendizaje	
<input type="checkbox"/> Física	
<input type="checkbox"/> Psicológica	
<input type="checkbox"/> Otra condición (especifique)	

¿Cuándo fue diagnosticada la condición por primera vez? (fecha) \_\_\_\_\_

Fecha más reciente de la evaluación por un profesional: \_\_\_\_\_

Indique desde qué fecha ha atendido al candidato para dicho impedimento o condición.

---

---

---

Indique los medicamentos, tratamientos o ayudas que utiliza regularmente el candidato para atender su impedimento o condición.

---

---

---

Indique en qué condiciones o circunstancias, si alguna, activan o agravan el impedimento o condición del candidato.

---

---

---

Indique el acomodo o ayuda especial, a su juicio profesional, el candidato necesita para tomar el examen de reválida.

Tipo de Acomodo solicitado	
<input type="checkbox"/> 1 hora adicional	<input type="checkbox"/> examen con letra grande
<input type="checkbox"/> merienda	<input type="checkbox"/> lector
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	

Explique la razón o razones por las que el candidato necesita dicho acomodo o ayuda especial.

---

---

---

---

**Certificación del Profesional de la Salud**

Declaro bajo pena de perjurio que brindo tratamiento regular o de emergencia a este candidato por razón de su impedimento y que el diagnóstico que aquí se indica está documentado y basado en evidencia clara indicativa del mismo, relativa con el resto de la población. Además, afirmo que poseo las destrezas y los adiestramientos que me capacitan para establecer dicho diagnóstico.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PARTE II – Tiene que ser completada por el candidato**

Indique si recibió acomodo especial de acuerdo con la condición antes mencionada, en la universidad donde estudió. Provea información específica y evidencia de la institución que indique fecha en que se proveyó el acomodo, razones y tipo de acomodo que le fue concedido.

---

---

---

---

**Certificación firmada por el Candidato**

Certifico que la información provista es cierta a mi mejor conocimiento. Reconozco y estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud será utilizada con el propósito de evaluar mi elegibilidad para acomodo especial durante el examen de reválida. En caso en que esta información no sea suficiente, autorizo a la Junta a contactar al profesional que suscribe esta solicitud. De igual modo, autorizo a este profesional a proveer la información que requiera la Junta.

Reconozco además que la Junta se reserva el derecho de hacer una determinación final en cuanto a si un acomodo especial es apropiado y justificado. También reconozco que la Junta podrá retener o cancelar mis resultados si se determina, después del hecho de que, en opinión de la Junta, que cualquier información presentada en esta solicitud o en los documentos provistos son falsos o deliberadamente engañosos.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

ACCIÓN DE LA JUNTA	
<input type="checkbox"/> APROBADA	<input type="checkbox"/> DENEGADA
Fecha: _____	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
FIRMAS	
Presidente	_____
Vicepresidente	_____
Miembro	_____
Miembro	_____
Miembro	_____



## Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO  
Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

### Información Personal:

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>
------------------------	-------------------------	----------------------	----------------

F  M

**Seguro Social**  
**\*Últimos 4 dígitos**

**Fecha de Nacimiento**  
**dd/mm/yyyy**

**Ciudadanía:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular**

**Teléfono Hogar**

**Teléfono Trabajo**

**e-mail** Ejemplo: [user@yahoo.com](mailto:user@yahoo.com)

### Información de Contacto:

**Dirección Postal**

**Examen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teórico Embalsamadores**

**Ciencias Mortuorias**

**País, Ciudad, Código Postal**

**Ciencias Médicas**

**Número de Intento:** \_\_\_\_\_

**Institución de Procedencia:** \_\_\_\_\_

**Para uso de la ORCPS: # Licencia Provisional:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_





**JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES**

PO BOX 10200  
SANTURCE PR 00908

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

Candidato: \_\_\_\_\_ Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

Solicitud de: \_\_\_\_\_ Examen Teórico en Ciencias Mortuorias y Ciencias Médicas  
\_\_\_\_\_ Re – Examen \_\_\_\_\_ Ciencias Mortuorias \_\_\_\_\_ Ciencias Médicas  
\_\_\_\_\_ Examen Práctico \_\_\_\_\_ Re – Examen Práctico

Indicar Número de Intento para Tomar el Examen \_\_\_\_\_ Teórico \_\_\_\_\_ Práctico

Acción Tomada en la Solicitud: \_\_\_\_\_ APROBADA \_\_\_\_\_ DENEGADA

Razones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitud Evaluada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por los miembros:

\_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_

Acta Núm. \_\_\_\_\_

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

Solicitud de: \_\_\_\_\_ Re – Examen \_\_\_\_\_ Ciencias Mortuorias \_\_\_\_\_ Ciencias Médicas  
\_\_\_\_\_ Examen Práctico \_\_\_\_\_ Re – Examen Práctico

Indicar Número de Intento para Tomar el Examen \_\_\_\_\_ Teórico \_\_\_\_\_ Práctico

Acción Tomada en la Solicitud: \_\_\_\_\_ APROBADA \_\_\_\_\_ DENEGADA

Razones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitud Evaluada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por los miembros:

\_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_ Lic. # \_\_\_\_\_

Acta Núm. \_\_\_\_\_