

**JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES**

PO BOX 10200
SAN JUAN PR 00908-0200

SOLICITUD DE RE – EXAMEN TEÓRICO**FECHA:** _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ **Correo electrónico:** _____

SOLICITO EL EXAMEN:_____ **CIENCIAS MORTUORIAS**_____ **CIENCIAS MÉDICAS****FECHA EN QUE TOMÓ EL ÚLTIMO EXAMEN:** _____**LAS VECES QUE HA TOMADO EL EXAMEN ANTERIORMENTE:** _____**Acomodo Razonable:** SI NO

- *En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable.*

FIRMA DEL SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. El pago de solicitud lo puede efectuar con *ATH, VISA, MASTERCARD o un GIRO* a nombre del **SECRETARIO DE HACIENDA**, por la cantidad de **\$75.00**. Los Derechos de pago no serán reembolsados al solicitante.
2. **Pago de \$ 110.00 (\$75 cada parte)** a **Didaxis** por concepto de examen, este pago se entrega una vez la compañía le contacte para inscribirse, puede hacerlo con ATH, VISA, MASTER CARD o Giro Postal. El pago no es reembolsable.
3. **Certificación de Repaso** para aquellos candidatos que han tomado el examen de reválida teórico en cinco (5) ocasiones según la Ley 88 del año 2010. Artículo 2. Cada Junta Examinadora establecerá los requisitos y condiciones para minimizar las probabilidades de aprobar la reválida por los candidatos que hayan fracasado en más de cinco ocasiones. Estas pueden incluir educación formal adicional en las áreas a ser evaluadas, educación continua, repasos o cursos remediados por entidades aprobadas por la Junta u otras estrategias que la Junta estime pueda ayudar al candidato.
4. **Copia de identificación** – Licencia de conducir, identificación DTOP o Pasaporte.
5. Los documentos deberán ser entregados tan pronto entregue la solicitud.
 - a) **Certificado de Antecedentes Penales** no más de 30 días de la fecha de radicación.
 - b) **Certificado de Asume** no más 30 días de la fecha de radicación.

NO SE PROCESARÁ la solicitud de Re- examen, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha limite.



Junta Examinadora de Embalsamadores de Puerto Rico

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

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

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.

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN	
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

APROBADA

DENEGADA

Fecha:

OBSERVACIONES:

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:

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

Seguro Social
***Últimos 4 dígitos**

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F **M**

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo

e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto:

Dirección Postal

Examen:

Teórico Embalsamadores

Ciencias Mortuorias

Ciencias Médicas

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: # Licencia Provisional: _____ **Fecha:** _____

**JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES**

PO BOX 10200
SAN JUAN 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. _____