DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 **SECREATARIO 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 compañia le contacte para incribirse, puede hacerlo con ATH, VISA, MASTER CARD o Giro Postal. El pago no es rembolsable.

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 dias de la fecha de radicación.
   b) **Certificado de Asume** no más 30 dias 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.*

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta Examinadora de Embalsamadores de Puerto Rico

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

Nombre	
	Apellidos, Nombre [en letra de molde]
Últimos 4 dígitos del Seguro Social	***Examen que solicita*** ☐ ***Ciencias Mortuoria*** ☐ ***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	☐ Médico Especialidad:	
	☐ 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	
☐ Sensorial (visual, auditivo)		
☐ De aprendizaje		
☐ Física		
☐ Psicológica		
☐ 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	
☐ 1 hora adicional	☐ examen con letra grande
☐ merienda	☐ lector
☐ 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	

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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**

_____ _____ **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

Información de Contacto:

Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
País, Ciudad, Código Postal

Examen:

Teórico Embalsamadores

☐ **Ciencias Mortuorias**

☐ **Ciencias Médicas**

Acomodo Razonable: ☐

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

_____

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

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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. _____