



**Solicitud de Examen y Licencias**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Alternativo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Declaración Jurada**

Comparece \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del solicitante

DEBIDAMENTE JURAMENTADO: -----

Foto reciente  
tamaño  
pasaporte

1. 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 mi persona tomada recientemente.

2. Acepta y entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Terapia Respiratoria pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Terapia Respiratoria información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Afidávit núm.:** \_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, a quien DOY FE de conocer personalmente o haber identificado conforme dispone la ley, \_\_\_\_\_ hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (número de identificación provista)  
 del año \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

(Sello Notario)

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Terapia Respiratoria de Puerto Rico**

**Datos personales del solicitante**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si contesta en la negativa, indique si es: \_\_\_\_ Naturalizado o \_\_\_\_ Residente

Indique si su nombre o apellido original ha sido cambiado. Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si es afirmativo, incluya declaración jurada al efecto.

Lugar próximo de Trabajo: \_\_\_\_\_

Supervisor(a) Inmediato(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted convicto de algún delito? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si contesta en la afirmativa, explique en un documento aparte.

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si contesta en la afirmativa, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición a la fecha de esta solicitud. En caso contrario, el siguiente certificado médico debe ser cumplimentado por su médico.

De acuerdo con la Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.

¿Necesita Acomodo Razonable?: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)

¿Qué tipo de acomodo solicita?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preparación Académica y Profesional**

**Estudios Pre-Universitarios**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Grado obtenido: \_\_\_\_\_

Año de ingreso: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_

**Estudios en Cuidado Respiratorio**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Grado obtenido: \_\_\_\_\_

Año de ingreso: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_



**Certificación de Solvencia Moral**

(Para ser completado y firmado por dos ciudadanos que conozcan al solicitante)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Terapia Respiratoria de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante \_\_\_\_\_ y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de Técnicos de Cuidado Respiratorio.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO  
\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**PARA USO OFICIAL DE LA JUNTA EXAMINADORA**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **SOLICITUD APROBADA**

\_\_\_\_\_ **SOLICITUD DENEGADA**

Observaciones y/o comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitud evaluada por: \_\_\_\_\_ Núm. de licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

### **Junta Examinadora de Terapia Respiratoria de Puerto Rico**

#### **Requisitos de esta solicitud**

1. Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y juramentado ante un notario público.
2. **Original y copia** del Certificado de Nacimiento. Certificados de Puerto Rico debe ser con fecha de expedición a partir del 1ero de julio de 2010. Candidatos extranjeros deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos. Presentar evidencia original y copia.
3. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
4. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No mayor de treinta (30) días de expedido.
5. **Original** Certificado de Salud vigente.
6. **Original y copia** de diploma del curso de Técnico de Cuidado Respiratorio.
7. Transcripción de crédito **oficial** emitida y enviada directamente desde la institución académica de procedencia en donde cursó sus estudios de Terapia Respiratoria a nuestra dirección de correo postal que aparece en esta solicitud.
8. Dos (2) sobres pre dirigidos con sello.
9. Pago correspondiente por la cantidad de ciento diez dólares (\$110.00). Este pago es por derecho a examen, Licencia Provisional (1<sup>ra</sup>) y Licencia Permanente. **Pago no reembolsable.** Métodos de pagos: ATH, Visa, Mastercard o Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

#### Dirección postal

Junta Examinadora de Terapia Respiratoria  
P.O. Box 10200  
San Juan, P.R. 00908 – 0200

#### **Requisitos para convalidación - NBRC**

La Junta convalidará los exámenes en inglés que ofrece el “National Board for Respiratory Care” para licencia”, entendiéndose el “Certified Respiratory Therapy Technician” y el “Registered Respiratory Therapist”.

10. **Original** de los resultados del NBRC. (Deberá ser enviado directamente de la institución a nuestra oficina a la dirección postal que aparece en esta solicitud)
11. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00). Este pago es por derecho a convalidación del examen Nacional y Licencia Permanente. **Pago no reembolsable.** Métodos de pagos: ATH, Visa, Mastercard o Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

**Nota importante:** No se aceptarán solicitudes incompletas.