



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. Certificación del grado conferido, expedida por la Oficina del Registrador de la universidad o escuela donde se graduó.
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^{ra}) 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.