

## DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

# Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio

# Solicitud de Examen y Licencias

(ravor de henar este formula	rio en letra de moide)			
Nombre del solicitante: _	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección física:				
Dirección postal:				
Teléfonos:		Trabajo	Celular	
Correo electrónico:				
	1	DECLA	ARACIÓN JURADA	
Adhiera una fotografía RECIENTE Tamaño pasaporte	Y DEBIDAME  P Que que pers P ACE solic de c la li decl P AUT priv Res	es la persona a quien se la misma contiene sor sona y fue tomada recientada que entiende que citud será causa suficientuidado Respiratorio de cencia después de explarado falsamente.  ORIZO a cualquier persada para que ofrezca a	se refiere esta solicit o verídicas y que la f entemente. o ofrecer declaración nte para que la Junta e Puerto Rico pueda edida o para penali sona, Corporación, A la Junta Examinado o información que r	ud y que las declaraciones otografía adjunta es de sun falsa en esta o con esta Examinadora de Técnicos denegar la misma, revocar a la persona que haya gencia o Entidad Pública o ra de Técnicos de Cuidado equiera sobre su persona, sta solicitud.
HIDADO V SUSCOI	TO ANTE MI hov	v día de		A DEL SOLICITANTE
	uerto Rico.	, uid ut	ue	_ tii
AFFIDÁVIT NUM.:		Sello Netorial	Firma d	el Notario

# **Datos personales del solicitante:**

1.	Fecha de Nacimiento:/Lugar:
2.	Núm. de Seguro Social: Estado Civil:
3.	¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI NO
4.	Indique original:
5.	Lugar próximo de Trabajo:
6.	Supervisor (a) Inmediato (a) Tel
7.	¿Es usted ciudadano de EE. UU.?SíNo (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus).
8.	¿Ha sido CONVICTO de algún delito?SíNo (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte).
9.	¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? Si contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición a la fecha de esta solicitud.
10.	Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo razonable; en caso de impedimentos. InteresoNo intereso (Si contestó en afirmativo, favor de proveer evidencia médica sobre su condición y acomodo que necesita).
	Preparación Académica y Profesional:  Estudios Pre-Universitarios:
	Escuela o Colegio: Año Graduación: Grado o Certificado obtenido:
	Estudios en Cuidado respiratorio:
	Escuela: Año Graduación: Grado o Certificado obtenido:

<u>Certificación de solvencia moral:</u>
(Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos que conozcan al solicitante)

conocemos personalmente al solicitante	xaminadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio que y s persona respetable y de buena solvencia moral, por	
	rofesión de Técnicos Cuidado Respiratorio en Puerto	
Nombre	Nombre	
Dirección:	Dirección:	
Núm. de teléfono:	Núm. de teléfono:	
Firma	Firma	
Nombre del solicitante:	scribir en estos espacios)	
SOLICITUD APROBADA	SOLICITUD DENEGADA	
Razón y/o comentario:		
Solicitud evaluada por:  Número de licencia:		

## Requisitos para someter con esta solicitud:

- **1. Original y copia** del Certificado de Nacimiento. "En el caso de personas que no sean ciudadanos americanos deberá mostrar evidencia de que posee estatus de residente legal permanente en los Estados Unidos."
- 2. Original Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, treinta (30) días o menos de expedido. Si la solicitud es vía Internet su validación es requerida.
- **3.** Certificado médico.
- **4. Original y copia** del Diploma del Curso de Técnico de Cuidado Respiratorio.
- **5.** Certificación del Grado conferido, expedida por la Oficina del Registrador de la universidad o escuela donde se graduó del curso de Terapia Respiratoria.
- **6.** Transcripción de créditos **oficial** expedida por la universidad o escuela donde cursó sus estudios de Terapia Respiratoria.

"Estos documentos deben ser remitidos a la Junta directamente de la institución educativa donde cursó sus estudios. No se aceptarán transcripciones de estudiante (student transcripts)".

### Nuestra dirección postal es la siguiente:

Junta Examinadora de Técnicos de Terapia Respiratoria P.O. Box 10200 Santurce, PR 00908-0200

- **7.** Dos (2) sobres pre-dirigidos con sellos.
- **8. Original y copia** identificación con foto vigente (licencia de conducir o pasaporte EE. UU.)
- **9.** Pago correspondiente por la cantidad de ciento diez (\$110.00) dólares pagaderos al **Secretario de Hacienda.** Métodos de pago: Giro postal/bancario, cheque certificado, ATH, VISA o MASTERCARD. Esto es por derecho a Examen, Licencia Provisional(1<sup>ra</sup>) y Licencia Permanente. **Pago no reembolsable.**

# Requisitos para convalidación - NBRC La Junta convalidará los exámenes en inglés que ofrece el "National Board for Respiratory Care" para licencia; el Certified Respiratory Therapy Tecnician" y el "Registered Respiratory Therapist". Original de los resultados de NBRC. (Deberá ser enviado directamente a nuestra Oficina) Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta (\$50.00) dólares pagaderos al Secretario de Hacienda. Métodos de pago: Giro postal/bancario, cheque certificado, ATH, VISA o MASTERCARD. Pago por derecho a convalidación del examen Nacional y licencia permanente. Pago no reembolsable.

**NOTA**: Esta solicitud no será procesada hasta tanto el candidato haya sometido toda la evidencia que la misma requiere.