



SOLICITUD DE EXAMEN TÉCNICOS DE CUIDADO RESPIRATORIO

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____
Residencial Trabajo Celular

Correo electrónico: _____



DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

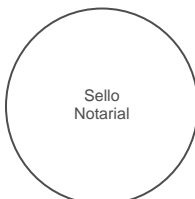
Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO expone:

- 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 su persona y fue tomada recientemente.
- ACEPTA que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Técnicos de cuidado Respiratorio de Puerto Rico pueda denegar la misma, revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.
- AUTORIZO a cualquier persona, Corporación, Agencia o Entidad Pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio de Puerto Rico información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

AFFIDÁVIT NUM.: _____



Firma del Notario

Datos personales del solicitante:

1. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar: _____
MES DIA AÑO
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.? Sí ____ No ____ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus).
8. ¿Ha sido CONVICTO de algún delito? ____Sí ____No (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. ____Intereso ____No intereso (Si contestó en afirmativo, favor de proveer evidencia médica sobre su condición)
11. Intereso tomar el examen en: ____ español

Preparación Académica y Profesional:

Estudios Pre-Universitarios:

Escuela o Colegio: _____
Año ingreso: _____ Año Graduación: _____
Grado o Certificado obtenido: _____

Estudios en Cuidado respiratorio:

Escuela: _____
Año ingreso: _____ Año Graduación: _____
Grado o Certificado obtenido: _____

Certificación de solvencia moral:

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

Los abajo firmantes Certificamos a la Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de Técnicos Cuidado Respiratorio en Puerto Rico.

NOMBRE (Letra de molde)

NOMBRE (Letra de molde)

Dirección: _____

Dirección: _____

Firma

Firma

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 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.** Identificación con foto vigente (licencia de conducir o pasaporte EE. UU.) original y copia.
- 9. GIRO POSTAL/BANCARIO, CHEQUE CERTIFICADO O SISTEMA DE ATH** pagadero al **SECRETARIO DE HACIENDA** por la cantidad de **\$110.00** dólares. **(NO REEMBOLSABLES)** (Esto es por derecho a Examen, Licencia Permanente y Licencia Provisional)

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 Technician” y el “Registered Respiratory Therapist”.

_____ **ORIGINAL** de los resultados de NBRC. (Deberá ser enviado directamente a nuestra Oficina)

_____ **GIRO POSTAL/BANCARIO, CHEQUE CERTIFICADO O SISTEMA DE ATH** por la cantidad de **\$50.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)** por derecho a convalidación del examen Nacional y licencia permanente.

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

Junta Examinadora Técnicos de Cuidado Respiratorio
PO BOX 10200 Santurce, P.R. 00908-0200
paula.perez@salud.pr.gov (787) 765-2929 Ext. 6643

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA:

(Favor de usted no escribir en estos espacios)

Nombre del solicitante: _____

_____ SOLICITUD APROBADA

_____ SOLICITUD DENEGADA

Razón y/o comentario:

Solicitud evaluada por: _____

Número de licencia: _____

Fecha de evaluación: _____