DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

# Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

## Solicitud de Licencia Permanente

Examen de Reválida_____ Convalidación del NMTCB_____

Nombre_____ Fecha de Radicación_____

Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia, después de expedida. Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear y bajo juramento someto las siguientes declaraciones.

**Fotografía reciente tamaño pasaporte**

**AFFIDAVIT**

Estado o Territorio_____

Pueblo o Cuidad de _____

Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que resido en Puerto Rico, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

_____
Firma del solicitante

Suscrito y jurado ante mi hoy día_____ de _____ de_____ en

_____ bajo mi firma y sello.

**AFFIDAVIT NUM._____**

_____
Firma del notario público

**Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico**
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 ext. 6607
myrnet.gonzalez@salud.pr.gov

## **El solicitante deberá llenar los siguientes encasillados**

(Llénese en letra de molde y tinta azul)

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____-_____-_____ Teléfonos_____

Correo Electronico: _____

Dirección Postal: _____

_____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? **Si**_____ **No**_____.

En caso negativo explique:

_____

_____

Lugar dónde se encuentra trabajando _____

Dirección y Número de Teléfono _____

_____

¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave? **Si**_____ **No** _____.

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? **Si**_____ **No**____.

Sí contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.

Necesita acomodo razonable: **Si**_____ **No**_____.

De contestar sí, favor presentar evidencia médica que explique la razón para dicho acomodo.

## Preparación Académica

Nombre de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear_____

Dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear_____

## Información de Convalidación

Indique si posee la certificación profesional ofrecida por el "Nuclear Medicine Technologist Certification Board". De poseer dicha certificación, deberá someter copia del certificado del NMTCB.

Certificación (CNMT) _____

Fecha expedición _____

**Nombre del profesional: _____**

# Certificado de Buena Conducta Moral

**(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)**

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, serio (a) y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Nombre completo** | **Nombre completo** |
| _____ | _____ |
| **Dirección** | **Dirección** |
| _____ | _____ |
| **Profesión y número de licencia** | **Profesión y número de licencia** |
| _____ | _____ |
| **Firma** | **Firma** |

**Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico**
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 ext. 6607
myrnet.gonzalez@salud.pr.gov

# Requisitos

_____1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes

_____2. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de seis meses de expedido)

_____3. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento

_____5. **ORIGINAL Y COPIA** de identificación con foto vigente

_____6. **ORIGINAL** Certificado de Salud

_____7. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear

_____8. **ORIGINAL** Transcripción de Créditos **OFICIAL**

____9. **ORIGINAL** Certificación de grado **OFICIAL**

La transcripción de créditos y la certificación de grado deberán ser enviadas directamente por la Institución Académica a la Junta a la siguiente dirección postal:

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud
**Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico**
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

_____10. Un (1) Sobre pre-dirigido con sello postal

_____11. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del secretario de Hacienda que se desglosan como siguen: Puede pagar también con ATH que no tenga logotipo de Visa ni Mastercard.

- $30.00 dólares (No reembolsables) – Examen
- $40.00 dólares (No reembolsables) – Convalidación de Examen (NMTCB)

_____12. **ORIGINAL Y COPIA** del certificado del **NMTCB.** (si aplica)

**NOTA:** No se recibirán solicitudes incompletas.