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 Tecnólogos Médicos de Puerto Rico**

# Solicitud para ejercer la profesión de Tecnólogo Médico

_____ **Mediante Examen** _____ **Mediante Convalidación**

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

_____

Teléfonos: _____ (Celular) _____ (Alterno)

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 Tecnólogos Médicos 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 Tecnólogos Médicos 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

## Datos personales del solicitante

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Lugar de nacimiento: _____

Número Seguro Social: _____

¿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.

¿Ha sido usted convicto de algún delito? Si_____ No_____
Si contesta en la afirmativa, explique la naturaleza del delito: _____
_____
Indique lugar y fecha: _____ Status: _____
¿Ha sido usted indultado? _____
***Utilice documento aparte para información adicional de ser necesario***

¿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 de la misma a la fecha de esta solicitud. En caso contrario, el siguiente certificado médico debe ser cumplimentado por su médico.

## Certificado Médico

YO, _____, médico, autorizado a ejercer en Puerto
Nombre del Médico
Rico mediante la licencia número _____, expedida por el Junta de Licenciamiento y

Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____
Nombre del Solicitante
encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____
Fecha Firma del Médico

**NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES**

De acuerdo con la Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.
¿Necesita Acomodo Razonable?: Si _____ No _____
¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____
(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)

## Preparación Académica

Estudios Pre-Certificación Tecnología Médica:

_____

Institución académica Grado obtenido Fecha

Certificado en Tecnología Médica:

_____

Institución académica Grado obtenido Fecha

## Certificado del Director de la escuela de Tecnología Médica

Yo, _____, Director de la escuela de Tecnología Médica de

_____, CERTIFICO que _____
Nombre del solicitante

fue admitido a esta institución en _____ y completó _____ años de estudio.
Fecha de admisión

Obtuvo el grado de _____ en _____.
Grado obtenido Fecha

CERTIFICO, además, que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante al cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

SELLO DE LA INSITUCION

_____
Firma del Director

_____
Fecha de la Certificación

## Certificado de la Buena Conducta Moral del Solicitante

COMPARECE _____, Tecnólogo Médico con número de licencia _____, expedida por la Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico, CERTIFICA que conoce personalmente a _____ por espacio de _____ años; DA FE de su buena conducta moral y le recomienda a la Junta Examinadora de Tecnólogo Médico como persona apta para ejercer la profesión de Tecnólogos Médicos.

_____ _____
Teléfono y correo electrónico del Tecnólogo Médico Firma del Tecnólogo Médico

***NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES***

# Acción tomada por la Junta

Esta solicitud ha sido**:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Aprobada** | ☐ | **Denegada** | ☐ |
| **Examen de reválida** | ☐ | **Convalidación ASCP o NCA** | ☐ |

_____ _____
Presidente Miembro

_____ _____
Miembro Miembro

_____
Miembro

Fecha de evaluación: _____

Observaciones:
_____

_____

_____

Nombre del Solicitante: _____
(ASCP O NCA)

Número de Licencia: _____

## Requisitos de esta solicitud

1. Formulario de solicitud debidamente cumplimentado y juramentado ante un notario público.

2. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)

3. **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.

4. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No mayor de treinta (30) días de expedido. Todo candidato que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de seis (6) meses previos a la radicación de su solicitud, adicional deberá presentar original del certificado de antecedente penal expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.

5. Transcripción de Crédito oficial de Tecnología Médica emitida y enviada directamente desde la institución académica de procedencia a nuestra dirección de correo postal que aparece en esta solicitud. De haber obtenido un certificado en Tecnología Médica debe incluir la transcripción de crédito de los cursos del bachillerato. Asegúrese de incluir todos los pre-requisitos previos al certificado. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas directamente.

6. Certificación de Grado oficial de Tecnología Médica emitida y enviada directamente desde la institución académica de procedencia a nuestra dirección de correo postal que aparece en esta solicitud.

7. Reporte de resultados oficial del **ASCP** o **NCA**. Aplica a candidatos de **convalidación.**

8. Un (1) sobre pre dirigido con sello.

9. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares ($50.00) por derecho a examen o cien dólares ($100.00) por convalidación de **ASCP** o **NCA**. **Pago no reembolsable.**
   Métodos de pagos: ATH, Visa, Mastercard o Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

Dirección postal:

Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908 – 0200

**Nota importante:** No se aceptarán solicitudes incompletas. La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de evaluar el expediente.

**REV./ENERO 2026**

## Ejemplo del formato de preguntas del examen

A. Inmunología e Inmunohematología

1. Antes de realizar la prueba la prueba de VDRL, la temperatura para inactivar el suero por 30 minutos es:

    a. 25ºC
    **b. 56ºC**
    c. 60ºC
    d. 37ºC

B. Hematología

1. La formación de hemoglobina comienza en la siguiente etapa de las células rojas.

    **a. rubricito**
    b. prorubricito
    c. metarubricito
    d. reticulocitos

C. Microbiología

1. Un organismo perteneciente a la familia Enterobacteriácea exhibe las siguientes reacciones: LIA K/A, TSI K/A sin gas ni h2S, motilidad-negativa y urea-negativo. Estos nos indica que es sospechoso de:

    a. Klebsiella
    b. Pseudomonas
    **c. Shigella**
    d. Morganella

D. Bioquímica

1. ¿Cuántos mls. De HCK IN se necesitan para neutralizar 11 mls. De NaOH IN?

    a. 1 ml.
    b. 10 mls.
    **c. 11 mls.**
    d. 100 mls.