



JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS MEDICOS

PO Box 10200
Santurce, P.R. 00908
(787) 765-2929, Ext. 6643
paula.perez@salud.pr.gov

SOLICITUD DE EXAMEN PARA EJERCER LA PROFESION DE TECNOLOGO MEDICO

MEDIANTE EXAMEN MEDIANTE CONVALIDACION

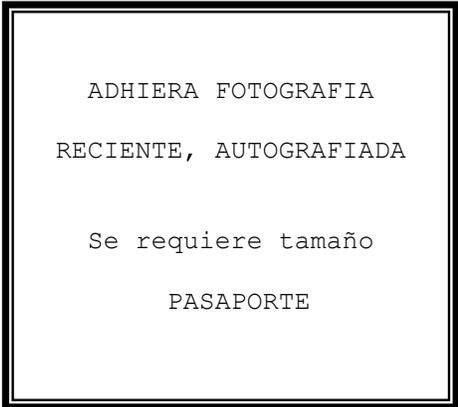
NOMBRE DEL SOLICITANTE: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

DIRECCION POSTAL:

TELEFONO: (RESIDENCIA) (TRABAJO)
(CELULAR) (E-MAIL)

DECLARACION JURADA

COMPARECE Nombre completo del solicitante
Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO:-----



- 1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud...
2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa...
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada...

Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día de de .
Affidavit No. SELLO DEL NOTARIO

Firma del Notario

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ Si contesta en la negativa, indique si es \_\_\_\_\_ Naturalizado \_\_\_\_\_ (número de certificado) o \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ (número de tarjeta).

Indique si su nombre o apellido original ha sido cambiado. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si es afirmativo, incluya declaración jurada al efecto.

¿Ha sido usted convicto de algún delito? \_\_\_\_\_ Si contesta en la afirmativa, explique \_\_\_\_\_ (naturaleza del delito) \_\_\_\_\_ (lugar y fecha) \_\_\_\_\_ (status).

¿Ha sido usted indultado? \_\_\_\_\_

\*\*\*Utilice pliego aparte para información adicional, de ser necesario

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? \_\_\_\_\_

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 MEDICO**

YO, \_\_\_\_\_, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número \_\_\_\_\_, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos, CERTIFICO que he examinado a \_\_\_\_\_, encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del Médico

**NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES**

**Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.**

Intereso \_\_\_\_\_

No Intereso \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.**

**PREPARACION ACADEMICA**

Grado obtenido	Fecha	Institución
Certificado en Tecnología Médica		

Concentración:	
Fecha	Institución

**CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, Director de la escuela de Tecnología Médica de \_\_\_\_\_, CERTIFICO que \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante  
 \_\_\_\_\_, fue admitido a esta institución en \_\_\_\_\_  
Fecha de admisión  
 Y completó \_\_\_\_\_ años de estudio. Obtuvo el grado de \_\_\_\_\_  
Grado obtenido  
 en \_\_\_\_\_, CERTIFICO, además, que la fotografía que aparece en esta  
Fecha  
 Solicitud corresponde al solicitante al cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.



\_\_\_\_\_  
 Firma del Director

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la Certificación

**NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES**

**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 \_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante  
 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.

\_\_\_\_\_  
 Dirección del Tecnólogo Médico

\_\_\_\_\_  
 Firma del Tecnólogo Médico

**NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES**

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA

DENEGADA

PARA EXAMEN

PARA CONVALIDACION ASCP O NCA

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

Fecha \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_  
(ASCP O NCA)

Num. De Licencia \_\_\_\_\_

## ANEJO B

### REQUISITOS QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD DE EXAMEN DE REVALIDA Y LICENCIA

1. Someta la solicitud debidamente cumplimentada y juramentada ante notario público.
2. **Copia de identificación** – Licencia de conducir, identificación DTOP o pasaporte.
3. **Certificado de nacimiento en original y copia expedido a partir del 1ero de julio de 2010.** Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o Estados Unidos necesitan copia del certificado de nacimiento, presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente de los EEUU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos. **Deberá traer original y copia.**
4. **Certificado de antecedentes penales expedido por la Policía de PR y con vigencia de 30 días.** Todo candidato que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de 6 meses previos a la radicación de su solicitud deberá presentar original del certificado de antecedente penal expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido, **deberá presentar ambos (Puerto Rico y Estado donde se encuentre).**
5. **Transcripción de Crédito y Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente desde la institución donde obtuvo el grado académico. 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 EEUU y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos **directamente a la Junta. Dirección Postal de la Junta: PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200. (NO SE ACEPTAN POR CORREO ELECTRONICO)**
6. Los profesionales que solicitan convalidación del **ASCP o NCA** deberán solicitar que dicha agencia envíe una copia de sus resultados de examen a nuestra oficina a la dirección postal, **Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos, PO Box 10200, San Juan PR 00908-0200. (NO SE ACEPTA POR CORREO ELECTRONICO)**
7. **Un (1) sobre** pre dirigido con sello para la **convalidación ASCP**
8. **Dos (2) sobre** con sello para la **solicitud de examen.**
9. Someta esta solicitud con un pago por la cantidad de:

Por derecho a examen	\$50.00
Convalidación de <b>ASCP o NCA</b>	\$100.00

***Los pagos por derecho a examen, se puede realizar mediante giro postal, cheque certificado del banco a nombre del Secretario de Hacienda o a través del sistema de ATH, VISA O MASTER CARD. “Dichos derechos no serán devueltos si la persona fracasare en el examen o si lo solicita y no se presenta a tomarlo.”***

“La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.”

## ANEJO C

### 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. 25°C
- b. 56°C**
- c. 60°C
- d. 37°C

#### 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 Entero bacteriácea exhibe las siguientes reacciones: LIA K/A, TSI K/A sin gas ni h<sub>2</sub>S, 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.