

**Solicitud de Re-examen**

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Fecha en que tomó su último examen: _____

De acuerdo con la Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.
Deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita.

Acomodo razonable: _____ Si _____ No

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____

Fecha de radicación

Firma del solicitante

Requisitos:

1. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
2. Certificado de Antecedentes Penales. **(No mayor de treinta (30) días)**
3. Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
4. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares **(\$50.00)**. **Pago no reembolsable.**
Los métodos de pago son los siguientes:
 - ATH, Visa, Mastercard
 - Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda**

No se aceptarán solicitudes incompletas ni fuera de la fecha límite de convocatoria.

REV. ENERO/2026



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

Acción tomada por la Junta

Esta solicitud ha sido:

Aprobada

Examen de reválida

Denegada

Convalidación ASCP o NCA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha de evaluación: _____

Observaciones: _____

Nombre del Solicitante: _____

(ASCP O NCA)

Número de Licencia: _____