



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 Terapeutas del Masaje**

**SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PROVISIONAL DE  
TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que reúnan las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Número 254 del 3 de septiembre de 2003, según enmendada, que reglamenta la profesión de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente ante la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

**DECLARACIÓN JURADA**

Adhiera Fotografía  
Reciente Autografiada  
aquí  
**2X2**

Nombre Completo del Solicitante

Seguro Social XXXX-XX- e Identificado mediante

Número

Expone que la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene, son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada hace menos de seis meses.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mí, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en

\_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT Núm. \_\_\_\_\_



SELLO DEL  
NOTARIO

(Firma del Notario Público)



**El solicitante debe contestar todos los encasillados en forma legible**

**Nombre del Solicitante** \_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombre

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_  
(Mes)                      (Día)                      (Año)

**Lugar de Nacimiento** \_\_\_\_\_  
(CIUDAD, ESTADO, PAIS)

**Dirección Residencial** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**2. ¿Ha sido convicto o acusado de cualquier delito relacionado a la práctica como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, indique detalles, de ser necesario puede utilizar una hoja aparte;

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Solicitantes extranjeros deben proveer Número de Tarjeta de Residente o el Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.**

**3. ¿Es usted extranjero y adquirió la ciudadanía americana?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 N/A \_\_\_\_\_, Si su respuesta es Sí, indique fecha y lugar de naturalización.

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_



**4. ¿Ha sido licenciado para ejercer como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la contestación es **(Si)**, debe solicitar una verificación de licencia **"Good Standing"** de cada Estado donde es licenciado como Terapeuta de Masaje. La verificación de licencia tiene que llegar directamente de la Junta del Estado donde la solicita, a la Junta de Puerto Rico.

**5. ¿Ha sido oficialmente reprendido, su licencia suspendida o revocada, ha sido despedido de su lugar de trabajo o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia ejerciendo como Terapeuta de Masaje?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la contestación es **(Si)**, indique los detalles, de ser necesario añada una página aparte.

---

---

**6. ¿Ha fracasado alguna vez en una reválida de masaje? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Si la contestación es **(Sí)**, indique donde y cuando tomó el último examen.

Estado/Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Fecha del Examen: \_\_\_\_\_

**7. ¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Si la contestación es **(Si)**, indique en qué ciudad/estado, país, periodo ejerció y si recibió alguna reprimenda.

Estado/Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Periodo: ¿Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Reprimenda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



**8. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables para ejercer como Terapeuta de Masaje en Puerto Rico?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**9. Reconozco que esta licencia provisional tiene un término de dos años no renovables. Esto me da la oportunidad para obtener y aprobar la reválida de terapeutas del masaje MBlex, la cual solicitaré eventualmente en FSMTB.org**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Certificado de Buena Conducta Moral**

**Para ser completado por dos (2) profesionales, que no sean familiares del solicitante, que puedan dar fe de su buena conducta moral.**

Los abajo firmantes certificamos a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, que conocemos personalmente a \_\_\_\_\_

(nombre del solicitante)

y que nos consta, de propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Terapeuta de Masaje de Puerto Rico, cumpliendo con los requisitos del estado.

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Dirección

Dirección

Dirección

Dirección

Teléfono

Teléfono

Firma

Firma



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 Terapeutas del Masaje**

## **REQUISITOS DE SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PROVISIONAL DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

Marca con una (X), **una** de las siguientes tres alternativas:

\_\_\_\_\_ **(A) PROFESIONAL CON LICENCIA DE TERAPEUTA DE MASAJE, EXPEDIDA POR ALGUN ESTADO O CUALQUIER PAIS EXTRANJERO.**

\_\_\_\_\_ **(B) PROFESIONAL DE TERAPIA DEL MASAJE GRADUADO CON 1000 HORAS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ACREDITADA.**

- Solicitud debidamente cumplimentada.
- Certificado de Nacimiento (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis (6) meses previos a Solicitud. (ORIGINAL Y COPIA VIGENTE) (recibo de agua o luz a su nombre **o licencia de conducir o ID de Dtop**)
- Diploma de Escuela Superior o su equivalente. (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de haber sido graduado de Terapeuta de Masaje (Diploma o certificado de graduación). Y la Transcripción de créditos original debe ser enviada por la institución académica a:

**Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud  
Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico PO  
Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200**

- Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente CPR (**ORIGINAL Y COPIA**)



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 Terapeutas del Masaje**

- Evidencia de haber tomado el taller de Control de Infecciones (VIH-SIDA, Hepatitis, Tuberculosis) (ORIGINAL Y COPIA).
- Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico (No más de 30 días de expedido).
- Certificado de **Salud** vigente expedido por el Departamento de Salud. (ORIGINAL)
- Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores **ASUME** (No más de 30 días de expedido).
- Presentar evidencia de un **Seguro** de Responsabilidad Profesional (que incluya resumen de cubiertas).
- Certificación de **NO DEUDA** del Departamento de **Hacienda**.
- Evidencia de licencia de Masaje activa por los últimos 2 años (**Aplica A**).
- Evidencia de estar matriculado en un Instituto de Masaje aprobado por el Consejo de Educación de Puerto Rico. (Resolución No. 2013-952) De no haber sido graduado de 1000 horas. (**Aplica A**)
- El profesional deberá presentar un "Good Standing" o Verificación de licencia del estado donde la obtuvo. (**Aplica A**)
- Haber aprobado el examen de reválida NCBTMB, antes del 12 de marzo de 2010, o el examen MBLEX después de esa fecha. (**Aplica A**)
- Métodos de pago, ATH sin logotipo, VISA, MasterCard o Giro Postal o Bancario a favor del secretario de Hacienda por la cantidad de **\$150.00** dólares. (**NO REEMBOLSABLES**).