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 PERMANENTE DE TERAPEUTA 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 aquí Fotografía Reciente
2X2

Comparece _____
Nombre Completo del Solicitante

Seguro Social XXX-XX-_____ e Identificado mediante

_____ **Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO.**

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 recientemente.

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)**

REV. AGOSTO/ 2026

El solicitante debe contestar todos los encasillados en forma legible, de lo contrario no se acepta la solicitud.

Nombre del Solicitante_____
Primer Apellido **Segundo Apellido** **Nombre**

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

Lugar de Nacimiento _____
(Ciudad, Estado, País)

Dirección Residencial_____
(Núm., Calle, Urb., Ciudad)

Dirección Postal_____

Correo electrónico_____

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? **Si**_____ **No**_____
   Solicitantes extranjeros deben proveer Número de Tarjeta de Residente o el Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.

   ¿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 _____.

2. ¿Ha sido convicto o acusado de cualquier delito relacionado a la práctica de Terapeuta de Masaje en PR u otro País o Estado? **Si**_____ **No**_____

Si la contestación es **(Si)**, indique la razón: _____

_____

3. ¿Ha sido licenciado para ejercer como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado?
   Si_____ **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 ya sea por correo electrónico o postal.

4. ¿Ha obtenido licencia provisional para ejercer como Terapeuta de Masaje en Puerto Rico? **Si**_____ **No** _____

Si la contestación es **(Si)**, favor indicar el número de licencia provisional otorgado por la Junta Examinadora de Terapeutas del Masaje en Puerto Rico. Núm. De Lic.: _____

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 retenido o cancelado una licencia ejerciendo como Terapeuta de Masaje?

   Si_____ No_____

Si la contestación es **(Si)**, indique la razón: _____
_____

6. ¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado? **Si____ No____**

Si la contestación es **(Si)**, indique en qué Estado(s) y si recibió alguna reprimenda.

_____

7. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido las leyes y reglamentos aplicables para ejercer la profesión de Terapeuta de Masaje en Puerto Rico? **Si_____ No_____**

Certificado de Buena Conducta Moral

Para ser completado por DOS (2) profesionales, que puedan dar fe de su Buena Conducta Moral (no pueden ser familiares).

Los abajo firmantes Certificamos a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante (nombre y apellido) _____ 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.

Firmante #1. Nombre, apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma #1: _____

****

Firmante #2. Nombre, apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma #2: _____

PARA USO EXCLUSIVO

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

ACCIÓN TOMADA

Nombre: _____

Fecha Recibida: _____

Licencia Permanente de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico

Solicitud Aprobada: _____ **Solicitud No Aprobada:** _____

Solicitud Aprobada Condicionada: _____

Razones: _____

_____

Solicitud Cotejada por: _____

Firma del presidente

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Hoja de Cotejo
Solicitud de Licencia Permanente

Email: margery.figueroa@salud.pr.gov

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

Nombre: ____

Fecha: ____

Deberá presentar ante la Junta los siguientes requisitos:

______ 1. Solicitud debidamente cumplimentada.

- -

______ 2. Certificado de Nacimiento. **(Original y Copia)**
(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)

- -

______ 3. Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis **(6)** meses previos a la Solicitud. **(Original y Copia) (ID de conducir)**

- -

______ 4. Diploma de Escuela Superior ó su Equivalente. **(Original y Copia)**
(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)

- -

______ 5. **Transcripción Oficial de Créditos y Certificación de Grado**, de haber aprobado curso de mil (1,000) horas en una Escuela de Terapeutas de Masaje, autorizada los por organismos Oficiales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Deberá ser enviada directamente por la Institución Académica a la siguiente dirección:

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

(Nota: Este requisito no aplica a solicitantes que tuvieron licencia provisional en Puerto Rico)

- -

_____ 6. Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente **CPR** **(Original Y Copia)**

- -

_____ 7. Evidencia de haber tomado el taller de **Control de Infecciones (Original y Copia)**

_____ 8. Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico (No más de 30 días de expedido).

_____ 9. Certificado de Salud expedido por el Departamento de Salud. **(Original)**

_____ 10. Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores **Asume**. (No más de 30 días de expedido).

_____ 11. Presentar Evidencia de un Seguro de Responsabilidad Profesional. **(Original y Copia)**.

_____ 12. **Certificación No Deuda** por el Departamento de Hacienda. **(Original)**

_____ 13. Métodos de pago, ATH sin logotipo, VISA, MasterCard, Giro Postal o Bancario a favor del secretario de Hacienda por la cantidad de **$55.00** dólares. **(Por derecho de solicitud)** (**NO REEMBOLSABLES**).

_____ **14. Haber aprobado el MBLEX. (Examen de reválida nacional)**

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____