

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO (JETFPR)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original:

(Incluya declaración jurada).
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su estatus**.)
4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? _____Sí _____No (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? _____ Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
6. Necesita acomodo razonable: _____Sí _____No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. Someter Certificado Médico**.)
7. Autorizo a la JETFPR a proporcionar mi nombre junto con los resultados del examen de reválida a mi Institución educativa para propósitos estadísticos. _____Sí _____No
8. Entiendo que la JETFPR comparte con la Federation of State Boards of Physical Therapy (FSBPT), utilizando un número de identificación, mi dirección postal, fecha de nacimiento, últimos cuatro números de seguro social, número de licencia, fecha de expedición y renovación, registro y acciones disciplinarias, para propósitos de regulación de la profesión. _____ Inicie.

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL:

INSTITUCIÓN:

Nombre: _____

Dirección de la Institución: _____

Grado obtenido: _____

Fecha: _____

Primer año: _____ Período: _____

Segundo año: _____ Período: _____

Tercer año: _____ Período: _____

Cuarto año: _____ Período: _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:

(Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos de buena reputación moral en la comunidad que conozcan bien al (a la) solicitante.)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FISICA que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de **Terapista Físico** o la ocupación del **Asistente del Terapista Físico**.

NOMBRE (Letra de molde)	NOMBRE (Letra de molde)
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
FIRMA	FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA: *(Favor de usted no escribir en estos espacios)*

FECHA DE RECIBO: _____

_____ SOLICITUD APROBADA _____ SOLICITUD DENEGADA

_____ Examen _____ Licencia Provisional _____ Licencia Permanente

RAZÓN: _____

SOLICITUD EVALUADA POR:

Presidente _____	FECHA: _____
Miembro _____	ACTA: _____
Miembro _____	
Miembro _____	
Miembro _____	

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO
REQUISITOS PARA SOMETER CON ESTA SOLICITUD

1. _____ Solicitud debidamente notariada, firmada y cumplimentada en todas sus partes.
2. _____ **ORIGINAL y COPIA** Certificado de Nacimiento o evidencia de naturalización (reciente).
3. _____ **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (no más de treinta (30) días expedido).
4. _____ **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de toda jurisdicción o país en donde haya residido en los últimos cinco (5) años (no más de treinta (30) días expedido).
5. _____ **ORIGINAL** Transcripción de Crédito Oficial y Certificación de grado de sus estudios en Terapia Física. (Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección).

Junta Examinadora de Terapia Física
P.O. Box 10200
Santurce, PR 00908-0200
6. _____ **CERTIFICACIÓN** de verificación de licencia “Good standing” de toda Jurisdicción o país donde tenga licencia de **Terapeuta Físico** o **Asistente del Terapeuta Físico**.
7. _____ TRAER DOS (2) SOBRES pre-dirigidos con sellos.
8. _____ Para convalidación: ¿Tomo el examen ofrecido por FSBPT? Sí _____ No _____.
 Si contestó **SÍ**, deberá solicitar la transferencia de los resultados del National Physical Therapy Examination (NPTE) directamente de la FSBPT a esta jurisdicción. Si contesto **No**, deberá tomar el examen NPTE y solicitar el envío de resultados directamente de la FSBPT a la JETFPR.
9. _____ Para egresados de programas no acreditados por la Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE), someter evidencia de evaluación de credenciales por la Foreign Credentialing Commission on Physical Therapy (FCCPT) u otra agencia reconocida por la FSBPT si está solicitando tomar el NPTE.
10. _____ Para egresados de programas de alguna institución fuera de Puerto Rico o Estados Unidos, someter evidencia de evaluación de credenciales por la FCCPT u otra agencia reconocida por la FSBPT.
11. _____ GIRO POSTAL O CHEQUE CERTIFICADO por el Banco a nombre del **secretario de Hacienda** o a través de Sistema de ATH por la cantidad de \$45.50 (**pago no Reembolsable**) por derecho a:
 - **Examen y Licencia Permanente \$25.00 dólares**
 - **Ley Núm. 114 (Con enmiendas) \$10.50 dólares**
 - **Manual de Procedimientos / Guía de Estudios \$10.00 dólares**
(Pago de la solicitud no es reembolsable)
12. _____ Para expedición de Licencia Provisional, un pago de \$10.00 dólares adicionales (**es opcional**).

NOTA: Esta solicitud **no** podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere. La JETFPR se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que estime pertinente.

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PR.
 TEL. (787) 765-2929 EXT. 6559 igolderos@salud.pr.gov

P.O. Box 10200 Santurce, PR 00908-0200 . TEL. (787) 765-2929 Ext. 6559
igolderos@salud.pr.gov