DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta Examinadora de Patología Del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia De Habla-Lenguaje Puerto Rico

---

SOLICITUD DE REEXAMEN

Fecha de radicación: _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

_____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del último examen obtenido: _____

Veces que ha tomado el examen: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___

Universidad: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____

Posición que ocupa actualmente: _____

Favor de informar idioma que desea tomar su examen

español _____ inglés _____

1. Debe acompañar esta solicitud con un giro postal o cheque certificado por el banco a nombre del *secretario de Hacienda**, ATH** y/o tarjeta de créditos por la cantidad de:

   PHL-($50.00) ___ AUD-($50.00) ___ THL-($45.00) ___

2. Giro a nombre de la compañía, "DIDAXIS" por la cantidad de: $60.00 pagadero directamente a dicha compañía, luego de que haya sido citado por la Junta. (Para información adicional comuníquese con la Junta)
3. **Certificado de Antecedentes Penales de no más de tres meses de expedido a la fecha de solicitar.** De ser electrónico deberá traer la validación electrónica del mismo.
4. **Dos sobres pre dirigidos con sello.**
5. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

Para citas

No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.
En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a losorio@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta Examinadora de Patología Del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia De Habla-Lenguaje
Puerto Rico

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Información Personal:

_____ _____ _____ _____

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** 2d**nombre**

_____ _____ **Sexo: F ☐ M ☐**

Seguro Social* **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **dd/mm/yyyy**

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

_____

E-mail (Ej. user@yahoo.com)

Información de Contacto:

Dirección Postal

_____

_____

_____

País, Ciudad Código Postal

Examen a Tomar:

☐ **Patología del Habla-Lenguaje-Maestría**

☐ **Audiología- Doctorado**

☐ **Terapia del Habla-Lenguaje-Bachillerato**

Acomodo razonable_____

Graduación: mes_____año_____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____Recinto_____

_____

Para uso de la ORCPS: # Licencia Provisional: _____ Fecha: _____

Visto Bueno: _____

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200
787-765-2929 www.salud.pr.gov