

**SOLICITUD DE REEXAMEN**

____ Patólogo del Habla-Lenguaje ____ Audiólogo ____ Terapeuta del Habla-Lenguaje

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre InicialDirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del último examen: _____

¿Cuántas veces que ha tomado el examen? 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Posición que ocupa actualmente: _____

Favor de informar idioma que desea tomar su examen: español _____ inglés _____

Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

1. **Original y copia** de identificación con foto vigente (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).
2. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
3. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello.
4. Pago correspondiente por la cantidad que se requiera según lo que solicita. **Pago no reembolsable.** Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda. Los costos son los siguientes:

PHL-(\$50.00) ____ AUD-(\$50.00) ____ THL-(\$45.00) ____

5. Pago correspondiente por la cantidad de sesenta dólares (\$60.00) pagaderos directamente a la compañía Didaxis. Este pago se realiza luego de que haya sido citado por la Junta.
6. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

**No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos deben ser presentados impresos junto a su solicitud.**



Formulario de Solicitud de Examen de Reválida – Didaxis

Favor de llenar en letra de molde.

Información Personal:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Segundo nombre

Seguro Social
*últimos 4 dígitos

Fecha de nacimiento
dd/mm/yyyy

Género:
 Femenino
 Masculino

Ciudadanía: _____

Teléfono celular

Teléfono alterno

Correo electrónico

Dirección Postal:

Ciudad

País

Código Postal

Examen a tomar:

- Patología del Habla-Lenguaje (Maestría)
- Audiología (Doctorado)
- Terapia del Habla-Lenguaje (Bachillerato)

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

recinto

año graduación

Grado Obtenido: _____

Favor de informar idioma que desea tomar su examen: español _____ inglés _____

Acomodo razonable: Sí _____ No _____

En caso afirmativo completar y anejar la solicitud de Acomodo Razonable

Para uso exclusivo de la ORCPS

Visto bueno: _____ Fecha: _____ Licencia provisional: _____



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 Patología del Habla-Lenguaje
Audiología y Terapia del Habla-Lenguaje**

¿Cuándo fue diagnosticada la condición por primera vez? (fecha) _____

Fecha más reciente de la evaluación por un profesional: _____

Indique desde qué fecha ha atendido al aspirante para dicho impedimento o condición.

Indique los medicamentos, tratamientos o ayudas que utiliza regularmente el candidato para atender su impedimento o condición.

Indique en qué condiciones o circunstancias, si alguna, se activa o agrava el impedimento o condición del aspirante.

Indique el acomodo o ayuda especial que, a su juicio profesional, el aspirante necesita para tomar el examen de reválida. De recomendarse un equipo especifique el mismo. Este no debe contener acceso a cámara, grabación e internet.

Explique la razón o razones por las que el aspirante necesita dicho acomodo o ayuda especial.

Certificación del Profesional de la Salud

Declaro bajo pena de perjurio que brindo tratamiento regular o de emergencia a este aspirante por razón de su discapacidad y que el diagnóstico que aquí se indica está documentado y basado en evidencia clara indicativa del mismo, relativa con el resto de la población. Además, afirmo que poseo las destrezas y los adiestramientos que me capacitan para establecer dicho diagnóstico.

Nombre en letra de molde del profesional

Firma

Fecha

Número de Licencia Profesional

FIRMAS ORIGINALES (NO IMPRESAS)



PARTE II – Tiene que ser completada por el aspirante

Certificación firmada por el Aspirante

Certifico que la información provista es cierta a mi mejor conocimiento. Reconozco y estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud será utilizada con el propósito de evaluar mi elegibilidad para acomodo especial durante el examen de reválida. En caso de que esta información no sea suficiente, autorizo a la Junta a contactar al profesional que suscribe esta solicitud. De igual modo, autorizo a este profesional a proveer la información que requiera la Junta.

Reconozco además que la Junta se reserva el derecho de hacer una determinación final en cuanto a si un acomodo especial es apropiado y justificado. También reconozco que la Junta podrá retener o cancelar mis resultados si se determina, después del hecho de que, en opinión de la Junta, que cualquier información presentada en esta solicitud o en los documentos provistos son falsos o deliberadamente engañosos.

Nombre en letra de molde del aspirante _____

Firma _____

Fecha _____

ACCIÓN DE LA JUNTA

APROBADA

DENEGADA

Fecha: _____

Acomodos aprobados:

FIRMAS

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro