



OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD  
JUNTA DE SONOGRAFIA  
PO BOX 10200, SAN JUAN, P.R. 00908-0200  
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6585  
[iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)

# SOLICITUD DE RE-EXAMEN DE FISICA (SONOGRAFIA)

**DE APROBAR EL EXAMEN DE FISICA EL CANDIDATO PODRA SOLICITAR EN LA PRÓXIMA CONVOCATORIA EL EXAMEN PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIA PERMANENTE DE TECNÓLOGOS EN ULTRASONIDO MEDICO (SONOGRAFIA) DE DIAGNOSTICO GENERAL, VASCULAR Y/O CARDIACO.**

El solicitante debe cumplimentar todos los encasillados en forma legible

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_00\_\_\_\_. TEL (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

## DEBERA PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

\_\_\_\_ 1. Original del Certificado de Antecedentes Penales Impreso expedido por la Policía de Puerto Rico. (No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación).

\_\_\_\_ 2. Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública (Original y Copia).

\_\_\_\_ 3. Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores, Impreso (ASUME).

\_\_\_\_ 4. Presentar un pago de TREINTA (\$30.00) dólares por ADMISIÓN a examen de reválida. Mediante giro postal a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA o por Sistema de ATH, Máster Card o Visa.

\_\_\_\_ 5. Dos (2) sobres pre dirigidos (Con su nombre y dirección).

_____
-------

### ACOMODO RAZONABLE

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo someta una Certificación Médica (especialista) en base a sus condiciones.  
Deberá especificar cuáles serían las recomendaciones.

**No se aceptarán solicitudes incompletas, deberá presentar todos los documentos impresos (original y copia).**