





### INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).
2. De acuerdo con Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.  
¿Necesita Acomodo Razonable?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)  
¿Qué tipo de acomodo solicita?: \_\_\_\_\_
3. Indique el idioma en que interesa tomar el examen de reválida: español \_\_\_\_\_ inglés \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido convicto de algún delito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si contesta en la afirmativa, utilice documento aparte para explicación y adjunte a la solicitud.

### DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL SOLCITANTE

Color de cabello: \_\_\_\_\_ Color de ojos: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### CERTIFICADO MÉDICO

YO, \_\_\_\_\_, médico, autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante  
Nombre del Médico  
la licencia número \_\_\_\_\_, expedida por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (Ley 139, 1  
de agosto de 2008), CERTIFICO que he examinado a \_\_\_\_\_ encontrándole  
Nombre del Solicitante  
en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

### INFORMACIÓN ACADÉMICA

#### Bachillerato

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

#### Maestría

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

#### Doctorado

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_



**CERTIFICADO DE BUENTA CONDUCTA MORAL**

Para ser completado y firmado por dos profesionales de la salud que puedan dar fe de sus cualidades profesionales.  
**NO FAMILIARES.**

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Patología del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia del Habla-Lenguaje que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Profesión y Número de Licencia Profesional

\_\_\_\_\_  
Profesión y Número de Licencia Profesional

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN RELACIONADA A RECIPROCIDAD (SI APLICA)**

Indique si posee una licencia profesional de algún estado de los Estados Unidos o de algún país extranjero. Si su contestación es afirmativa, favor indicar el estado y estatus de su licencia.

a) País/Estado: \_\_\_\_\_ Licencia Núm.: \_\_\_\_\_ Estatus: \_\_\_\_\_

b) País/Estado: \_\_\_\_\_ Licencia Núm.: \_\_\_\_\_ Estatus: \_\_\_\_\_

Indique si posee alguna licencia profesional en Puerto Rico.

a) Profesión: \_\_\_\_\_ Licencia Núm.: \_\_\_\_\_ Estatus: \_\_\_\_\_

b) Profesión: \_\_\_\_\_ Licencia Núm.: \_\_\_\_\_ Estatus: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

Presidente: \_\_\_\_\_

Miembro: \_\_\_\_\_

Miembro: \_\_\_\_\_

Miembro: \_\_\_\_\_

Miembro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Solicitud Aprobada \_\_\_\_\_ Solicitud Denegada

Observaciones: \_\_\_\_\_







¿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

**REQUISITOS GENERALES PARA PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD**

\_\_\_\_\_ Patólogo del Habla-Lenguaje    \_\_\_\_\_ Audiólogo    \_\_\_\_\_ Terapeuta del Habla-Lenguaje

Esta solicitud tiene que ser en formato original. No se aceptarán formularios de solicitud incompletos, alterados o editados. Esta debe ser completada en todas sus partes y entregada junto con los siguientes requisitos de acuerdo con la Ley Número 77 de 3 de junio de 1983, según enmendada y su reglamento.

1. Presentar ante la Junta Examinadora de Patología del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia del Habla-Lenguaje de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso y/o formato que a sus efectos la Junta provea adherir según corresponde una foto 2x2. **No se aceptarán solicitudes incompletas ni firmas digitales.**
2. **Original y copia** del Certificado de Nacimiento expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos, presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos.
3. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte) Diploma de escuela superior (original y copia o su equivalente).
4. **Transcripción de créditos y Certificación de grado oficial** enviada directamente a la Junta desde la Institución donde obtuvo el grado académico. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta a la siguiente dirección postal:  

**Junta Examinadora de Patólogos, Audiólogos y Terapeutas del Habla-Lenguaje**  
**P.O. Box 10200**  
**San Juan, P.R. 00908-0200**
5. Certificado Médico (incluido en la solicitud).
6. Prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos profesionales de la salud, debidamente licenciados, que firmarán en el área correspondiente de la solicitud.
7. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
8. Tres (3) sobres pre-dirigidos con sello incluido.
9. 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:



**Terapistas del Habla-Lenguaje**

- |                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| i. Examen y licencia permanente    | \$25.00 |
| ii. Solicitud licencia provisional | \$50.00 |

**Patólogos del Habla-Lenguaje y Audiólogos\***

- |                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| iii. Examen y licencia permanente  | \$50.00 |
| iv. Solicitud licencia provisional | \$50.00 |

**\*Audiólogos:** Deberán solicitar por escrito la convalidación del examen Praxis, e indicar la fecha en que lo tomarán o presentar los resultados del Praxis. Dichos resultados serán en original y sellados o recibidos directamente de la oficina de ETS. Deberá autorizar a la oficina de ETS el acceso de la Junta a sus resultados.

10. Una vez la Junta examinadora valide su solicitud de licencia y examen deberá realizar el pago correspondiente a la compañía que ofrece el examen (Didaxis).

**La Junta Examinadora podrá exigir cualquier otro documento que considere necesario para la evaluación de su solicitud.**

**LOS DERECHOS COBRADOS NO SON REEMBOLSABLES.  
ESTA SOLICITUD CONSTA DE NUEVES (9) PÁGINAS.  
ESTAS INSTRUCCIONES SON DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO.**