



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPESTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

Apartado #10200 San Juan PR 00908
Tel. 787-765-2929 ext. 6598
Email: losorio@salud.gov.pr

SOLICITUD DE LICENCIA Y DE EXAMEN DE REVÁLIDA

INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE
(LEER ESTA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD)

Esta solicitud tiene que ser en formato original, la cual se obtiene directamente en la Junta Examinadora ubicada en: calle Ponce de León # 1590, Marginal Carr. No. 1 (de Río Piedras a Caguas, frente al antiguo edificio de la Electrónica; entrando por la marginal). 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. Una foto, tipo pasaporte, reciente y a color, **autografiada al frente**.
2. Certificado de nacimiento **original y copia**. Para nacidos en Puerto Rico, el certificado deberá ser expedido a partir del 1 ero de julio 2010. Para nacidos dentro de los Estados Unidos, deberá someter original y copia. Candidatos nacidos **fuera de los Estados Unidos**, copia certificada del certificado de nacimiento, además de evidencia.
3. Si usted no es ciudadano de Estados Unidos, debe presentar evidencia (original y copia) de la ciudadanía, residencia permanente en los Estados Unidos y el permiso para trabajar. Deberá satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos.
4. Copia de una identificación con foto (Ej. licencia de conducir, identificación DTOP o pasaporte).
5. Diploma de escuela superior (original y copia o su equivalente).
6. **Transcripción de Créditos y Certificación de Grado** oficial. La institución de educación superior deberá estar reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. Estos documentos serán enviados por la Universidad directamente a la Junta. No se aceptarán copias de estudiante.
7. Certificado Médico (incluido en la solicitud).
8. Prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos profesionales de la salud, debidamente licenciados, que firmarán en el área correspondiente de la solicitud.
9. Certificado de antecedentes penales (original) de **no más de un mes de expedido**. De ser electrónico deberá incluir la **validación electrónica** del mismo.
10. Tres sobres predirigidos con sello incluido.
11. Pago correspondiente a esta solicitud puede ser realizado mediante tarjeta de crédito, ATH, cheque certificado por el banco o giro postal a nombre del secretario de Hacienda. No se aceptarán pagos realizados en efectivo. Refiérase al pago correspondiente a su profesión.

Terapeutas 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.

12. 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. ESTAS INSTRUCCIONES SON DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPISTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

HOJA DE COTEJO

NOMBRE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

UNIVERSIDAD: _____

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

1. ____ Foto reciente a color (tipo pasaporte) con firma al frente.
2. ____ Certificado Médico.
3. ____ Certificado de Nacimiento (original) de no más de un año de expedido.
4. ____ Evidencia que demuestre su estatus legal y el permiso para trabajar en Puerto Rico (Si usted, no es ciudadano americano).
5. ____ Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico (original) de no más de tres meses de expedido a la fecha de solicitar el examen.
6. ____ Diploma de escuela superior (original y copia o su equivalente)
7. ____ Tres sobres pre-dirigidos con sello.
8. ____ Transcripción Oficial de Crédito con grado obtenido y Certificación de Grado. Estos documentos serán enviados por la Universidad directamente a la Junta. La institución debe ser reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico.
9. ____ Cheque certificado por el banco o giro postal a nombre del secretario de Hacienda por los siguientes derechos:

Terapeutas del Habla-Lenguaje

- | | |
|--|---------|
| 1. Por derecho a examen con licencia permanente | \$25.00 |
| 2. Por derecho de solicitud Licencia Provisional | \$50.00 |

Patólogos del Habla-Lenguaje y Audiólogos

- | | |
|--|---------|
| 1. Derecho a examen con licencia permanente | \$50.00 |
| 2. Derecho de solicitud Licencia Provisional | \$50.00 |

Audiólogos: Deberán presentar por escrito la solicitud de convalidación del Praxis, y fecha que lo tomarán.

____ Tomaré reválida local. ____ Presentaré resultados del Praxis en original y sellados.

Idioma del Examen: español _____ inglés _____

La Junta Examinadora podrá exigir cualquier otro documento que considere necesario para la evaluación de su solicitud. No se aceptarán solicitudes incompletas.

RECIBIDO POR: _____

FECHA DE RECIBO: _____



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPEUTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE LICENCIA Y DE EXAMEN DE REVÁLIDA

Esta solicitud deberá ser cumplimentada únicamente por aquellas personas que reúnan los requisitos especificados en la Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983, según enmendada. De acuerdo a esta Ley ningún individuo puede ejercer en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico las profesiones arriba mencionadas hasta que haya recibido su licencia.

Cualquier violación a dicha Ley o falso testimonio, será causa suficiente para denegar, suspender o revocar la licencia o para penalizar al solicitante que haya declarado falsamente. La Junta le recomienda lea y analice la Ley antes de llenar esta solicitud.

Fecha de Radicación: _____

Profesión: Patólogo del Habla-Lenguaje _____ Audiólogo _____ Terapeuta del Habla-Lenguaje _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Núm. Teléfonos: _____ / _____, Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Estado o Territorio _____

Pueblo o Ciudad de _____

Yo, _____

debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunto demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy, _____ de _____

de _____, bajo mi firma y sello.

NÚM. AFFIDAVIT

FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

Adhiera fotografía reciente, tamaño pasaporte, autografiada al frente.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPEISTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida
Favor de completar en su totalidad en letra de molde

Información Personal:

_____	_____	_____	_____
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Inicial
_____	_____	Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
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:

Examen a Tomar:

Dirección Postal

Patología del Habla-Lenguaje- Maestría

Audiología- Doctorado

País, Ciudad Código Postal

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: _____



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPISTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

Fecha de Radicación: _____

Profesión: Patólogo del Habla-Lenguaje _____ Audiólogo _____ Terapeuta del Habla-Lenguaje _____

Nombre: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Núm. Teléfonos: _____ / _____, Correo electrónico: _____

Examen que solicita:

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

La evidencia médica sometida junto con esta solicitud debe ser del profesional de la salud que está tratando al aspirante por la condición para la cual solicita acomodo. Este profesional deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido mediante consultas con la Junta Examinadora. La Junta garantiza la confidencialidad de la información.

El examen de reválida consta de 100 preguntas de selección de la mejor respuesta, adicional a 1 a 25 premisas experimentales. El mismo se administra en un periodo de 2 horas y media sin periodo de descanso. A esto se le añade tiempo adicional para el proceso administrativo y de instrucciones.

PARTE I – Esta parte tiene que ser completada, en letra de molde, por el profesional de la salud que atiende al aspirante para la condición para la cual solicita acomodo.

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN	
Nombre del profesional	
Profesión	<input type="checkbox"/> Médico Especialidad: <input type="checkbox"/> Psicólogo Área de Práctica:
Número de Licencia	Años Ejerciendo la Profesión:
Número de Teléfono	
Dirección de su oficina profesional	

Tipo de condición	Especifique diagnóstico relacionado con la condición médica dentro de la categoría seleccionada
<input type="checkbox"/> Sensorial (visual, auditivo)	
<input type="checkbox"/> De aprendizaje	



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPEUTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

Tipo de condición	Especifique diagnóstico relacionado con la condición médica dentro de la categoría seleccionada
<input type="checkbox"/> Física	
<input type="checkbox"/> Psicológica	
<input type="checkbox"/> Otra condición (especifique)	

¿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.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPISTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

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

Numero de Licencia Profesional

FIRMAS ORIGINALES (NO IMPRESAS)



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICIA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE,
AUDIÓLOGOS, TERAPEUTAS DEL HABLA DE PUERTO RICO

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

Vicepresidente

Miembro

Miembro

Miembro