DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA PROVISIONAL/ LICENCIA PERMANENTE PARA TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

{ } **BÁSICO** { } **PARAMÉDICO**

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas mayores de dieciocho (18) años que reúnen las cualidades y los requisitos educativos exigidos por **LA JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PUERTO RICO** en armonía a las disposiciones establecidas en la Ley Número 71 del año 2020, según enmendada y su correspondiente Reglamento De acuerdo con esta ley ningún individuo puede ejercer la profesión de Técnicos de Emergencias Médicas en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico hasta que se le haya sido expedida una licencia.
Cualquier violación a dicha ley o declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegar, anular, suspender o revocar licencia o penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Nombre: _____Apellidos (paterno)_____(Materno)_____Inicial_____

ADHERIR O GRAPAR FOTO 2X2

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento_____
Dia/Mes/Año

Ciudadanía: ( ) EE. UU. ( ) OTRA (especinque) _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Celular: _____Teléfono Alterno: _____

Correo Electrónico (REQUERIDO)_____

Idioma en que tomara el examen: ( ) Español ( ) inglés **ACOMODO RAZONABLE** ( ) SI ( ) NO
***En caso afirmativo deberá someta una certificación médica o del especialista de salud, explicando la condición de actual y brindar los acomodos razonables requeridos.

DECLARACION JURADA

Estado o Territorio_____ Ciudad de_____

Y0,_____e Identificado mediante_____
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE (LETRA LEGIBLE) MODO DE IDENTIFICACIÓN

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO

Expone que la persona a quien refiere esta solicitud es mayor de dieciocho (18) años que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia entidad pública o privada para que ofrezca a la **JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PUERTO RICO** cualquiera que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

_____
Firma del Solicitante

Jurado y Suscrito ANTE MI, Hoy día_____ de_____ de_____

Affidavit No._____

SELLO NOTARIAL

Firma del Notario Público:_____

JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PR
P. O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908 TEL (787) 765-2929 EXT. 3496 leynie.perez@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA PROVISIONAL/ LICENCIA PERMANENTE PARA TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL	SI	NO
1. ¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave que implique depravación moral? Indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (cuidad o estado) _____		
2. ¿Padece usted de alguna enfermedad mental? Explique hoja aparte		
3. ¿Utiliza usted drogas o alcohol de forma tal que afecte su competencia profesional? Explique hoja aparte		
4. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
5. ¿Ha sido declarado incapacitado por un tribunal competente o Seguro Social?		
6. Actualmente, ¿Es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querella o investigación no resuelta?		

INFORMACION ACADEMICA

A. Nombre de Escuela Superior: _____

Pueblo:_____ Año de Graduación: _____

B. Nombre de la Institución donde estudió de Emergencias Médicas: _____

( ) BÁSICO ( ) PARAMEDICO

Pueblo: _____ Año de Graduación: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA PROVISIONAL/ LICENCIA PERMANENTE PARA TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

(PARA SER FIRMADOS POR (2) DOS PROFESIONALES DE LA SALUD LICENCIADOS)

CERTIFICAMOS A LA JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA DE EMERGENCIAS MEDICAS, que conozco personalmente al Solicitante_____ y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto(a) para ejercer su profesión como,
TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS _____BASICO _____PARAMÉDICO en Puerto Rico.

- 1-
Nombre y Firma: _____/_____

Profesión y Número de Licencia: _____/_____

DirecciónPostal_____

P.R.00_____

- 2-
Nombre y Firma: _____/_____

Profesión y Número de Licencia: _____/_____

DirecciónPostal_____

P.R.00_____

Certificación medica

Solo para los Técnicos de Emergencias Médicas Básico

YO_____ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia permanente número_____ expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico adscrita al Departamento de Salud.

Certifico que he examinado: _____encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición o contagios.

Fecha:_____ Firma del Médico: _____

JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PR
P. O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908 TEL (787) 765-2929 EXT. 3496 leynie.perez@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA PROVISIONAL/ LICENCIA PERMANENTE PARA TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

INFORMACION PERSONAL:

_____ _____ _____ _____ _____
Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

_____ _____ **F** ☐ **M** ☐
Seguro Social **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **dd / mm / yyyy**

Ciudadanía: _____

_____ _____
Teléfono Celular **Teléfono Alterno**

_____
Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:
Dirección Postal

_____

_____

_____

_____
Ciudad, País Código Postal

Examen a Tomar:

☐ TEORICO PARAMÉDICO

☐ TEORICO BASICO

PRIMAVERA ( ) OTOÑO ( )

Acomodo Razonable: Si _____ No ____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ Año de Graduación: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCION DE LICENCIA PROVISIONAL/ LICENCIA PERMANENTE PARA TECNICOS DE EMERGENCIAS MEDICAS

Yo, _____ certifico: _____ hizo entrega de documentos para optar licencia provisional y examen de reválida teórica hoy_____ para la reválida que se ofrecerá en_____.

_____ 1. Cumplimentación de la Solicitud provista por la Junta. (Declaración Jurada /Foto2X2, Certificación de Solvencia Moral)

_____2. Original Certificado de Antecedentes Penales, no más de (30) días a la fecha de radicar, expedido por la Policía de Puerto Rico. (Se acepta el documento expedido por internet: Deberá traer la Validación).

_____3. Original y Copia Certificado de Nacimiento

_____4. _____Básico (Certificación Médica, Provista en la solicitud)
_____ Paramédico (Certificado de la Unidad de Salud Pública)

_____5. Original y Copia del **Diploma de Escuela Superior y/o Transcripción Crédito** y/o **Certificación Original** de culminación de Escuela superior.

_____6. Original y Copia del **Diploma Acreditativo** del grado obtenido por sus estudios de Técnicos de Emergencias Médica o **Certificación** Original de Graduación.

_____7. **Transcripción de Crédito** Oficial enviada directamente de la Institución:

JUNTA REGULADORA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA DE LA TÉCNICA D0E EMERGENCIAS MÉDICAS DE P.R.
P.O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908

_____8. Original y Copia de la **Tarjeta de C.P.R. (BLS)** Se acepta de la Asociación Americana de Corazón o a través de la de institución académica o proveedor de la Asociación Americana de Corazón o CPR para rescatadore profesionales de la Cruz Roja Americana.

_____9. Pago por la cantidad cincuenta dólares **($50.00), por admisión al examen** el pago puede ser por giro postal a Nombre de SECRETARIO DE HACIENDA o por Sistema ATH. **(De requerir Licencia Provisional deberá someter en adición un pago por veinticinco ($25.00) dólares. (NO REEMBOLSABLE)**

_____10. Original y Copia de la Certificación del **Curso Básico de Lenguaje de Señas (mínimo 32 horas.)**

_____11. **Certificación de "Ley HIPPA"** ` a través de una institución académica proveedor debidamente acreditado por la Junta. (No más de dos años de expedida)

_____12. Dos (2) Sobres con sello con su dirección postal en el centro.

_____13. De ser convalidación de EXAMEN NACIONAL O REGIONAL deberá presentar en adicción:1. Certificación y Tarjeta de registro 2. Original y copia de los resultados.
3.Pago de $50.00