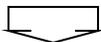




SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCIÓN DE LICENCIA PERMANENTE TECNÓLOGOS EN ULTRASONIDO MEDICO (SONOGRAFIA)



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



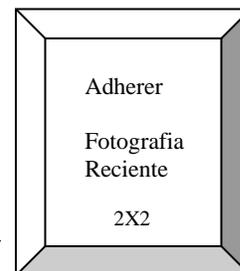
VASCULAR

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y los requisitos educativos especificados en la Ley Número 76 del 12 de abril de 2006, según enmendada, y en base a los reglamentos registrados en el Departamento de Estado o Resoluciones dispuestas por la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para anular la licencia, después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

DECLARACIÓN JURADA

Estado o Territorio _____ Ciudad de _____

Yo, _____
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTEe Identificado mediante _____
Método 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 Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico cualquier que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y Jurado ANTE MÍ, Hoy día _____ de _____

de _____, en _____, bajo mi firma y sello.



AFFIDAVIT NUM. _____

Firma del Notario Público

DATOS PERSONALES

El solicitante debe cumplimentar todos los encasillados en forma legible

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

FECHA Y LUGAR NACIMIENTO _____ / _____ / _____ Pueblo /país
Mes día año

TEL. _____ EMAIL: _____

DIRECCIÓN POSTAL _____
_____ .00

PREGUNTAS LEGALES

1. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI () NO ()

En caso negativo explique papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

2. ¿HA SIDO CONVICTO DE ALGÚN DELITO GRAVE? SI () NO ()

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

3. ¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL? SI () NO ()

4. ADICCIÓN A DROGAS - SI () NO () ALCOHOLISMO SI () NO ()
En caso afirmativo someta una certificación médica.

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA (Grado Asociado o Bachillerato)

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ Fecha de Obtención _____

¿ACOMODO RAZONABLE para la reválida?
SI _____ NO _____.

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

No se aceptarán solicitudes incompletas, deberá presentar todos los documentos impresos (con copias).

Rev. Mayo 2023

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

Para ser firmadas por (2) dos profesionales licenciados de la Salud que puedan dar FE de sus cualidades profesionales y personales.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

Yo _____, _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE FIRMA

Poseo Licencia Permanente Número _____ como _____

Mi dirección postal _____,

Mi teléfono celular- email _____

Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos _____ (años), que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de SONOGRAFIA MEDICA CON LA ESPECIALIDAD DE:



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

Yo _____, _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE FIRMA

Poseo Licencia Permanente Número _____ como _____

Mi dirección postal _____,

Mi teléfono celular- email _____

Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos _____ (años), que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de SONOGRAFIA MEDICA CON LA ESPECIALIDAD DE:



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

No se aceptarán solicitudes incompletas, deberá presentar todos los documentos impresos (con copias).

Rev. Mayo 2023

INFORMACIÓN GENERAL PARA LOS ASPIRANTES

SOLO PODRA SOLICITAR EXAMEN (DIAGNOSTICO GENERAL\VASCULAR O CARDIACO) SI APROBO EL EXAMEN DE FISICA.

Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluirle los requisitos:

- 1) Certificado de Nacimiento (Original y Copia)
- 2) Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación.

3) Presentar evidencia de haber aprobado el examen de Sonografía Física.

- 4) Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública. (Original)
- 5) Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores (ASUME)
- 6) Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado Bachillerato en Sonografía. (Original y Copia)
- 7) Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Asociado o Bachillerato en Sonografía. (Deberá ser enviada por la institución a la siguiente dirección):

OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA EXAMINADORA DE SONOGRAFIA
PO BOX 10200, SAN JUAN, P.R. 00908-0200

- 8) Presentar un pago POR CADA ESPECIALIDAD de TREINTA (\$30.00) dólares por ADMISION a examen de reválida. De ser por medio de un giro postal es a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA. Puede ser pago también por Sistema de ATH-VISA O MasterCard.

- 9) Dos sobres pre dirigidos con sello postal.

En relación con la **CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (ARDM) (CCI)** deberá someter los documentos todos del 1-6 en adición los siguientes documentos:

1. Original y Copia del Certificado de Aprobación.
2. Original y Copia de los Resultados de Reválida.
3. Original y Copia de Registro Vigente.
4. Presentar un pago de ochenta (\$80.00) dólares por cada convalidación a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.
5. Un sobre pre dirigido con sello postal.

No se aceptarán solicitudes incompletas, deberá presentar todos los documentos impresos (con copias).

Rev. Mayo 2023

HOJA DE COTEJO

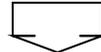
Nombre: _____

Fecha: _____ de _____ de _____

Recibido Por: _____



DIAGNOSTICO GENERAL



CARDIACO



VASCULAR

- _____ 1) Certificado de Nacimiento (Original y Copia)
 - _____ 2) Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. (No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación).
 - _____ 3) Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública (Original).
 - _____ 4) Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores (ASUME).
 - _____ 5) **Presentar evidencia de haber aprobado el examen de Sonografía Física.**
 - _____ 6) Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado o Bachillerato en Sonografía. (Original y Copia).
 - _____ 7) Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Asociado o Bachillerato en Sonografía.
- OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD
PO BOX 10200, SANTURCE, P.R. 00908-0200
- _____ 8) Presentar un pago **POR CADA ESPECIALIDAD** de TREINTA (\$30.00) dólares por **ADMISIÓN** a examen de reválida. Puede hacer el pago con giro postal a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA. También puede por Sistema de ATH-VISA O MÁSTER CARD.
 - _____ 9) Dos sobres con sello con su nombre y dirección en el centro. _____

En relación con la **CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (ARDM) (CCI)** deberá someter los documentos todos del 1-6 en adicción los siguientes documentos:

- Original y Copia del Certificado de Aprobación.
- Original y Copia de los Resultados de Reválida.
- Original y Copia de los Resultados de Reválida Física.
- Original y Copia de Registro Vigente.
- Presentar un pago de ochenta (\$80.00) dólares por cada convalidación a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.
- Un sobre pre dirigido con sello postal. _____

No se aceptarán solicitudes incompletas, deberá presentar todos los documentos impresos (con copias).