DEPARTAMENTO DE SALUD | GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

SOLICITUD DE RE-EXAMEN SONOGRAFIA

☐ DIAGNOSTICO GENERAL ☐ CARDIACO ☐ VASCULAR

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:

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

_____ 1. Presentar evidencia (resultados) de haber aprobado el examen de física

_____2. 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).

_____3. Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública (Original y Copia).

_____4. Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores, Impreso (ASUME).

_____5. Presentar un pago POR CADA ESPECIALIDAD 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.

_____6. Dos (2) sobres con sellos, 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.