



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

**SOLICITUD PARA CERTIFICACION EN UN AREA DE CUIDADO DE ENFERMERIA**

**\_\_BSN \_\_ESP**

Nombre			
	Apellidos, Nombre [en letra de molde]		
Dirección Postal			
	Pueblo:	País:	Código Postal
Teléfono	Residencial o Celular:	Familiar:	
Correo electrónico			

<p><b>ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2</b></p>	<p><b>DECLARACIÓN JURADA</b></p> <p>COMPARECE _____ Bajo el más formal juramento                  Nombre completo del solicitante mayor de edad, estado civil _____,                  profesión _____, y vecino de _____.</p> <p>1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada <b>recientemente</b>-----</p> <p>2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Enfermería pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado <b>falsamente</b>-----</p> <p>3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Enfermería información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.-----</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma del Solicitante</p>
<p>Jurado y suscrito ANTE MÍ, hoy día ___ de _____ año ____</p> <p>En _____, _____ por _____</p> <p>Affidavit No. _____</p> <p>A quien Doy Fe de haber identificado mediante _____</p> <p>Firma de Notario: _____</p>	<p><b>SELLO DE ASISTENCIA LEGAL</b></p>



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

<b>INFORMACIÓN PERSONAL</b>		
Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy	Lugar de Nacimiento Pueblo/País	Número de Seguro Social
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente _____	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>		
<input type="checkbox"/> Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
<input type="checkbox"/> Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Practica Avanzada <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Especialista Clínico	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
<b>INFORMACIÓN PROFESIONAL</b>		
¿Tiene o ha tenido licencia de Enfermería en Puerto Rico u otra jurisdicción de los EEUU? Si la respuesta es afirmativa indique estado/territorio en el cual tiene o ha tenido licencia para ejercer como Enfermería.		
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión? Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.		
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____
--------------	--

<b>HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL</b>		
	SI	NO
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____		
2. ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional		
3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Enfermera(o) en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o Seguro Social?		
5. ¿Está física o mentalmente incapacitado para prestar servicios enfermería con razonable habilidad, seguridad y competencia?		
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta a su competencia profesional?		
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
7. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de la enfermería o cualquier otra profesión?		
8. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional?		

**Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, incluya explicación en un documento separado**



## Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

### CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERIA (Deberá ser completado por el/ la directora/a o el/la Registrador/a del programa)

#### TINTA AZUL

1. Nombre del solicitante \_\_\_\_\_
2. Colegio o Universidad \_\_\_\_\_
3. Dirección \_\_\_\_\_
4. Área de Especialidad \_\_\_\_\_
5. Fecha en que fue admitido/a en el programa \_\_\_\_\_
6. Fecha en que completo los requisitos de estudio del programa \_\_\_\_\_
7. Horas completadas \_\_\_\_\_

**CERTIFICO** que esta información es correcta y exacta, según el expediente académico del solicitante, cuyo nombre aparece en el **encasillado 1**; que el programa tiene una duración de \_\_\_\_ años académicos, que el/la solicitante completo el programa y recibió el grado académico.

(SELLO DE LA  
INSTITUCION)

Nombre \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

**ACCIÓN DE PERSONAL ORCPS**

Firma de secretaria que recibe la solicitud: \_\_\_\_\_

Numero de certificado otorgado en: \_\_\_\_\_

Fecha de otorgación \_\_\_\_\_

Firma de Presidente o Representante Autorizado \_\_\_\_\_

**SELLO DE RECAUDO:**



## Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

### INSTRUCCIONES

Toda persona que presente ante la Junta Examinadora de Enfermería una solicitud para obtener una **Certificación en un Área de especialidad**, según establecido en el Reglamento 9104, Capítulo IX Regla 1 del 9 de agosto de 2019, deberá someter prueba por escrito de haber completado un programa de estudios en el área de especialidad que solicita. Esta Certificación deberá ser renovada por el Profesional de cada tres (3) años en conjunto con la licencia profesional. Se requerirán diez (10) horas de Educación Continua en el Área de cuidado para renovar su certificación.

### REQUISITOS

El aspirante que solicite a la Junta Examinadora la expedición de una certificación para ejercer como Enfermera o Enfermero en un área de especialidad en enfermería deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Radicar ante la Junta una solicitud de certificación con la información requerida en todas sus partes y juramentada ante un Notario Público.
2. Copia de la licencia permanente de Enfermero(a) Especialista o Generalista , debidamente registrada y recertificada para ejercer en Puerto Rico.
3. Someter transcripción oficial de créditos o certificación con el número de horas de teoría y práctica requeridas por el programa de estudios.
4. Original del certificado de antecedente penales negativo expedido por la Policía de Puerto Rico o del lugar donde ha estado residiendo durante los últimos años. **Este certificado tiene duración de un mes (30) días luego de ser expedido.**
5. **Pago de treinta (\$30.00)** Ath (Visa / MC) en giro postal o bancario a nombre del secretario de Hacienda adjunto con la solicitud, por concepto de evaluación de documentos y expedición de certificación. Los derechos por concepto de solicitud de certificación no serán reembolsados al solicitante.
6. Sobre con sello pre-dirigido con dirección postal.