



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD DE LICENCIA DE ENFERMERA(O) __ADN __BSN __ESP

Nombre	Apellidos, Nombre [en letra de molde]	
Licencia mediante:	Idioma en que tomará el examen de PR	
<input type="checkbox"/> Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	
<input type="checkbox"/> Maestría Especialidad	Propósito de la solicitud:	
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Educador	

Dirección Postal	Pueblo: País: Código Postal		
Teléfono	Residencial o Celular:	Correo electrónico	

<p>ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2</p> <p><u>Autografiada</u></p>	<p>DECLARACIÓN JURADA</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 recientemente-----</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 falsamente-----</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>SELLO DE ASISTENCIA LEGAL</p>	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INFORMACIÓN PERSONAL		
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	Acomodo razonable: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
<input type="checkbox"/> Práctica/o (LPN) <input type="checkbox"/> Asociado (ADN) <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
Concentración clínica / Rol		
Práctica 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
Concentración clínica / Rol		
INFORMACIÓN PROFESIONAL		
¿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 la 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
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL		
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____	SI	NO
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 por el Seguro Social?		
5. ¿Está física o mentalmente capacitado/a para prestar servicios enfermería con razonable habilidad, seguridad y competencia?		
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta su competencia profesional?		
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
8. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de la enfermería o cualquier otra profesión?		
9. ¿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

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL	
(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, NO familiar del solicitante)	
Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es una persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Enfermería.	
Nombre	/ Firma:
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	
Nombre	/ Firma:
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

(Deberá ser completado por el/ la director/a o el/la Registrador/a del programa)

UTILICE TINTA AZUL

1. Nombre del Solicitante _____
2. Colegio o Universidad _____
3. Dirección _____
4. Grado de Enfermería _____
5. Fecha en que fue admitido/a o clasificado/a en el programa _____
6. Fecha en que completó los requisitos de estudio del programa _____

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 completó el programa y recibió el grado académico.

(SELLO DE LA
 INSTITUCIÓN)

Nombre _____

Título _____

Fecha _____

Firma _____

**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? SI NO

- ✓ Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
- ✓ En caso contrario, entregue el siguiente certificado médico.

CERTIFICADO MEDICO

YO, _____ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____ encontrándole en buen estado general de salud (física y mental) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Medico_____
Fecha



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCIÓN DE JUNTA	
<input type="checkbox"/> Licencia provisional otorgada	Fecha:
<input type="checkbox"/> Licencia permanente otorgada	Fecha:
Categoría	<input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> BSN <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> PA
Firma de Licencia Provisional:	
Firma de Licencia Permanente:	

ACCIÓN DE PERSONAL DE ORCPS

Firma de la secretaria/o que recibe la solicitud: _____

Número de Licencia Provisional si aplica: _____

Firma de la secretaria que realiza Licencia Provisional: _____

Número de Licencia Permanente: _____

Firma de la secretaria/o que realiza la licencia provisional o permanente: _____

SELLO DE RECAUDO:

**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico****Requisitos Generales****(USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERÍA)**

Categoría: _____

Nombre: _____

Convocatoria: __ Invierno __ Primavera __ Verano __ Otoño

___ Presentar ante la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea. **Aquellas solicitudes que sean juramentadas fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del "County Clerk". No se aceptarán solicitudes incompletas.**

___ Presentar identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id). Copia de Id con foto/ Autorización de la persona que vaya a entregar la solicitud.

___ Foto tamaño 2 X 2, adherir según corresponde.

___ Pago de \$ _____ por concepto de Solicitud, El pago no es reembolsable

___ Transcripción de Crédito y Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente a la Junta desde la institución donde obtuvo el grado académico. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EEUU y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta. Dirección Postal de la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico: **PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200**

___ Transcripción oficial de crédito del programa de Estudios de Maestría en Enfermería.

___ Carta oficial de la oficina de la registradora que indique Especialidad y el Rol funcional. **(Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista o Practica Avanzada en Anestesia).**

___ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR y **con vigencia de 30 días**. **Todo candidato que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su Solicitud deberá presentar el original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.**

___ Al momento de entregar la Solicitud debe presentar la Certificación de Negativa de ASUME o plan de pagos, **su vigencia es de 30 días**.



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

___ Certificado de Nacimiento (original y copia) expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos, presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EEUU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos. Entregar copia y presentar el original del certificado de nacimiento para propósitos de certificar que es copia fiel y exacta del original por el funcionario administrativo de la Junta.

___ Certificación de haber completado la Escuela Superior emitida por el Departamento de Educación de PR o Diploma de Escuela Superior original y copia para ser certificada como fiel y exacta por el funcionario administrativo de la Junta (solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Práctica(o)).

___ Copia de la licencia permanente y Copia del certificado de registro de Enfermera/o Asociado (Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Generalista.

___ Copia de la licencia permanente y Copia del certificado de registro de Enfermera/o Generalista (Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista.

___ Dos sobres pre-dirigidos con la **Dirección postal del aspirante** con sello.

___ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

- **No se aceptarán solicitudes incompletas.**
- La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.

PAGOS POR CONCEPTOS DE SOLICITUD PARA EXAMEN:

- | | |
|---|----------------|
| • Solicitud de Reválida y Licencia Provisional en todas las categorías (LPN/BSN/ASOC/PA-ANESTESIA) | \$50.00 |
| • Solicitud Cambio de Licencia Enfermera(o) Asociado y Generalista | \$50.00 |
| • Solicitud de Enfermera (o) Especialista (Maestría) | \$30.00 |

Recibido por: _____ Fecha: _____

Entregado por: _____ Gestor Candidato