



SOLICITUD RE-EXAMEN DE ENFERMERA/O

_____ PRÁCTICOS(A)

_____ ASOCIADO (A)

_____ GENERALISTA

_____ PRACTICA AVANZADA -ANESTESIA



FOTO 2X2

CERTIFICO Y JURO que la información que precede en esta solicitud es verdadera y correcta El retrato que se incluye es una copia del solicitante, tomada durante los últimos seis (6) meses.

Firma del solicitante

HISTORIAL PERSONAL Y ACADÉMICO

1. Nombre _____
2. Dirección Residencial _____
3. Dirección Postal _____
4. Teléfono _____ Correo electrónico _____
5. Fecha y Lugar de Nacimiento _____
6. Ciudadanía _____ Seguro Social Núm. _____
7. ¿Ha practicado la enfermería ilegalmente? ____ SI ____ NO.
8. Ha sido acusado/a o convicto/a de algún crimen? ____ SI ____ NO.
9. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental? ____ SI ____ NO.
10. ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo? ____ SI ____ NO.
11. ¿Ha habido cambios en su nombre original? _____ En caso afirmativo, explique y anote su nombre anterior _____
12. ¿Completó estudios de escuela superior? _____ Fecha _____
13. Si usted ha obtenido diploma de escuela superior mediante examen de equivalencia, favor indicar año y sitio en que lo obtuvo. _____





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

CERTIFICADO MÉDICO

¿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.

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 Médico

Fecha





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

ACCIÓN DE PERSONAL ORCPS

Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____

Número de Licencia Permanente: _____

SELLO DE RECAUDO:



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

INSTRUCCIONES

REQUISITOS PARA RE-EXAMEN DE LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA
AL AMPARO DEL REGLAMENTO GENERAL NÚM. 9104 DEL 9 DE AGOSTO DE 2019.

1. Coordinar cita para la entrega de documentos a través de **turnospr.com**
1. Radicar una solicitud de licencia con la información requerida en todas sus partes.
2. Original del Certificado de Antecedentes Penales Negativo de la Policía de Puerto Rico expedido **con vigencia de 30 días y su validación** antes de radicada la solicitud. Además, si vivió fuera de Puerto Rico debe traer antecedentes penales del lugar donde residió en los últimos cinco años.
3. Pago para solicitudes de **(Práctico), (Asociado), (Generalista) y (Anestesia)** es: **\$25.00**
Puede efectuar el pago con giro postal, bancario o cheque certificado a nombre del **Secretario de Hacienda** de Puerto Rico, adjunto con la solicitud. Puede también hacer el pago con ATH, Visa, MasterCard en nuestras oficinas. ***El pago no es reembolsable***.
4. Solicitantes que deseen tomar el examen en inglés tienen que solicitarlo por escrito adjunto con esta solicitud.
5. Dos sobres pre-dirigidos con sellos
6. Licencia provisional original
7. Certificación de Curso de Repaso de Reválida (**original y copia**)

****Si el candidato fracasa su examen de reválida en el quinto intento, como parte de la solicitud del sexto intento, tendrá que presentar evidencia de haber cursado y aprobado un repaso de reválida de enfermería otorgado por una organización profesional previamente certificada y aprobada por la Junta****



****Reglamento 9104 del 9 de agosto de 2019.***

Cap. V Regla 2 Sección 9

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

4

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

 (787)999-8989 Ext. 6515 / 6516  www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

PROVEEDORES DE REPASO DE REVALIDA AUTORIZADOS POR LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA DE PUERTO RICO

PROFESORES	CATEGORIA	AREA AUTORIZADA	FECHA DE VENCIMIENTO
Aixa M. Flores Pérez AG Education & Training Corp. Email: ageducationandtraining@gmail.com Tel. y Fax (787) 650-6799 o (787) 998-4880	GENERALISTA ASOCIADAS/OS PRACTICAS/OS	<ul style="list-style-type: none"> • SALUD MENTAL • PSIQUIATRIA • PEDIATRIA • MEDICINA Y CIRUGIA • MATERNIDAD 	28 de enero de 2028
SFG Professional Educators Group, Inc. P O Box 8097 Bayamón, PR 00960 Tel. (787) 409-9557 o (787) 360-2351 Email: educaciones@sfgpeg.com	GENERALISTA ASOCIADAS/OS PRACTICAS/OS	<ul style="list-style-type: none"> • SALUD MENTAL • PSIQUIATRIA • PEDIATRIA • MEDICINA Y CIRUGIA Y • MATERNIDAD 	28 de enero de 2028
Grisel Rivera Villafañe Urb. Alturas de Mayagüez Calle Atalaya #3153 Mayagüez, PR 00682 Tel. (787) 662-5075	GENERALISTA ASOCIADAS/OS PRACTICAS/OS	<ul style="list-style-type: none"> • SALUD MENTAL • PSIQUIATRIA • PEDIATRIA • MEDICINA Y CIRUGIA • MATERNIDAD • COMUNIDAD • LIDERAZGO 	14 de julio de 2025
Lizmarie Santiago Escobar (787) 209-1605 LS Educational health Email: lsecucationalhealth@gmail.com	GENERALISTAS ASOCIADAS/OS PRACTICAS/OS	<ul style="list-style-type: none"> • SALUD MENTAL • PSIQUIATRIA • PEDIATRIA • MEDICINA Y CIRUGIA • MATERNIDAD • COMUNIDAD • LIDERAZGO 	3 de noviembre de 2025