DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico
SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellidos *Nombre* *Inicial*

Dirección Postal: _____

_____

Tel: _____ Correo electrónico: _____

Seguro social (***últimos 4 dígitos***): _____ Núm. de candidato: _____

Fecha de examen: _____ Núm. de intentos: _____

Indique categoría:

Práctica(o) _____ Asociada(o) _____ Generalista _____
Práctica Avanzada – Anestesia _____
Nurse Practitioner - Cuidado Agudo en Gerontología - Adulto_____
Nurse Practitioner - Familia_____

_____
Firma del solicitante

*Coordinar cita a través de **turnospr.com***

Si la solicitud será enviada por correo postal, favor de acompañarla con un giro postal o bancario a nombre del "Secretario de Hacienda" por la cantidad de $60.00 dólares

Reglamento 9104 del 9 de agosto de 2019.
Cap. IV Sección 2 Regla 7
Solo podrán solicitar revisión aquellos solicitantes que al no aprobar su examen y hayan obtenido una puntuación final en su revalida de hasta 5 por ciento cercano a la puntuación mínima requerida para aprobar un examen de reválida. Todo aspirante que interese solicitar revisión deberá presentarla dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de los resultados de su examen.

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200
(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516 **www.salud.pr.gov**