



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Hoja de Evaluación de Licencias de otros Estados (Endoso) o del Extranjero. (Uso exclusivo de la Junta Examinadora)

Nombre del profesional de enfermería: _____

Fecha sometida a la Junta: _____

Recibido por: _____

Categoría: _____

___ Presentar ante la Junta la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea. Aquellas solicitudes que sean sometidas desde fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del "County Clerk".

___ Foto tamaño 2 X 2, adherir según corresponde.

___ Presentar identificación válida en Puerto Rico (Ej. **Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id**).

___ Pago de **\$200.00** por concepto de solicitud el pago no es reembolsable.

___ Transcripción de Crédito

___ Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente a la Junta desde la institución donde obtuvo el grado académico.

___ Original y presentar copia del Diploma del grado académico.

___ Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. 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.

___ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico y del lugar que vivió por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su solicitud. **Vigencia de 30 días.**

___ Certificación de Credenciales e Historial delictivo (**PUERTO RICO BACKGROUND CHECK PROGRAM**)

___ Al momento de entregar la solicitud debe presentar la Certificación de negativa de ASUME **su vigencia es de 90 días** o plan de pago, **su vigencia es de 30 días.**

___ Certificado de Nacimiento (**original y copia**) expedido a partir del 1ro de julio de 2010.

Evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. y visa de trabajo. Entregar copia y presentar el Original.

___ Certificación de haber completado la Escuela Superior emitida por el Departamento de Educación 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).**)

___ Dos sobres pre-dirigidos con sellos y la dirección del aspirante.



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

___ Si el aspirante ha trabajado en territorio de los Estados Unidos deberá presentar evidencia de informe del **“National Practitioner Data Bank”**.

___ Candidatos con licencia de enfermería vigente en los EE. UU. deben incluir el **“Good Standing”** de la jurisdicción donde poseen la licencia enviada por correo, directamente a la Junta Examinadora de Enfermería de PR.

___ Resultados del NCLEX oficial y sellados directamente del Board.

___ Cantidad de Licencias que posee en otros Estados _____.

___ Profesionales de práctica avanzada deben tener la certificación nacional o internacional aceptada por la Junta, según se describe a continuación:

- **Especialista Clínico** – certificación nacional del “American Nurses Credentialing Center” (ANCC)
- **Enfermero/a Obstétrica-Partera/o** – certificación nacional del “Accreditation Commission for Midwifery Education” (ACME)
- **Enfermera/o Anestésista** – “National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists” (NBCRNA)
- **“Nurse Practitioner”** - certificación nacional del “American Nurses Credentialing Center” (ANCC)

___ Evidencia de aprobación de los siguientes cursos, de una universidad o institución aprobada o reconocida por la oficina de Registro y Licenciamiento de Instituciones Postsecundaria de Puerto Rico (JIPPR) y la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico (JEEPR)

___ Farmacología, ___ Médico Quirúrgico, ___ Historia de Puerto Rico

___ Examen de TOEFL en su defecto, ___ Dos cursos universitarios de inglés ___ Uno de español.

Comentarios y Evaluación:

Fecha: _____

Secretaria categoría de enfermería Práctica/ Cambio ADN a BSN- ninoshka.encarnacion@salud.pr.gov
Secretaria categoría de enfermería Asociado- jeannette.flores@salud.pr.gov
Secretaria categoría de enfermería Generalista- stephanie.torres@salud.pr.gov
Secretario categoría de enfermería Especialista/Nurse Practitioner/Pract. Avanzada Anestesia
carlos.soto2@salud.pr.gov

EXT. 6533, 6532, 6591, 3464, 6642

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD DE LICENCIA DE ENFERMERA(O) __LPN __ADN __BSN __ESP __PA __NP

Nombre		
	Apellidos, Nombre [en letra de molde]	
Licencia mediante: <input type="checkbox"/> Examen de Reválida de PR <input type="checkbox"/> Cambio de Categoría <input type="checkbox"/> Maestría Especialidad	<input type="checkbox"/> Endoso <input type="checkbox"/> Extranjero	Idioma en que tomará el examen de PR <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés 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:	

ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2 <u>Autografiada</u>	DECLARACIÓN JURADA COMPARECE _____ Bajo el más formal juramento Nombre completo del solicitante mayor de edad, estado civil _____, profesión _____, y vecino de _____. 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 ----- 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 ----- 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.----- <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> _____ Firma del Solicitante </div>
Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ___ de _____ año ____ En _____, _____ por _____ Affidavit No. _____ A quien Doy Fe de haber identificado mediante _____ Firma de Notario: _____	SELLO DE ASISTENCIA LEGAL



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INFORMACION PERSONAL		
Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy	Lugar de Nacimiento Pueblo/País	Número de Seguro Social
Ciudadanía: ___ Estados Unidos de América ___ Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente	Género: ___ Femenino ___ Masculino	Acomodo razonable: ___ SI ___ NO En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
___ Práctica/o (LPN) ___ Asociado (ADN) ___ Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
___ Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
Práctica Avanzada ___ Anestesia ___ Partera ___ Nurse Practitioner ___ 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 EE. UU.? 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: ___ Activa ___ Inactiva ___ Otra: _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: ___ Activa ___ Inactiva ___ 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: ___ Activa ___ Inactiva ___ Otra: _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: ___ Activa ___ Inactiva ___ 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 EE. UU.?		
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 EE. UU.?		
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	/ <u>Firma:</u>
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	
Nombre	/ <u>Firma:</u>
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.



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 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 _____ encontrándolo en buen estado general de salud (física y mental) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Médico

Fecha



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCIÓN DE JUNTA	
_____ 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 Permanente:	

ACCIÓN DE PERSONAL DE ORCPS

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

Número de Licencia Permanente: _____

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

SELLO DE RECAUDO: