



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA**

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos

SOLICITUD PARA CONVALIDACIÓN ASCP O RECIPROCIDAD

_____ **Histotécnicos**

_____ **Histotecnólogos**

Nombre del solicitante: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección postal: _____

Núm. de teléfono celular: _____ Núm. de teléfono alterno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

**ADHIERA
FOTO TAMAÑO
PASAPORTE
AQUÍ**

Comparece _____, mayor de edad,

Nombre completo del solicitante

vecino de _____ e identificado mediante _____,

Pueblo

Número de identificación provista

debidamente juramentando expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de mi persona tomada recientemente.

Acepto y entiendo que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos de Puerto Rico pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos de Puerto Rico información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ del año _____

en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario



INFORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí _____ No _____
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).

2. ¿Ha sido convicto de algún delito? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, indique:

Fecha: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____

Naturaleza del delito: _____

3. ¿Tiene licencia en algún estado de los Estados Unidos? Sí _____ No _____
Si su contestación es afirmativa, favor indicar el estado y estatus de su licencia.

a) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

b) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

c) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Institución: _____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

PARA USO DE LA JUNTA EXAMINADORA

_____ Solicitud Aprobada _____ Solicitud Denegada Fecha de evaluación: _____

Presidente: _____

Miembro: _____

Vicepresidente: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Comentarios (si aplica): _____



**REQUISITOS GENERALES PARA PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD – CONVALIDACIÓN
ASCP O RECIPROCIDAD**

1. Someter la solicitud para Convalidación ASCP o Reciprocidad debidamente completada y juramentada ante un notario público (**pág. 1 al 3**)
2. **Transcripción de créditos oficial y certificación de grado oficial** expedidas por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde realizó sus estudios de grado Asociado o Bachillerato. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **Ambos documentos deberán ser enviados por la institución educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección postal:**

Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos

P.O. Box 10200

San Juan, PR 00908-0200

3. **Original y copia** del Certificado de Nacimiento expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o fuera de los Estados Unidos, deberá presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos
4. Identificación con foto vigente **original y copia** (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).
5. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por el lugar de residencia y otro expedido por la Policía de Puerto Rico (**No mayor de seis (6) meses previos a la fecha de radicación**).
6. Resultados de Examen de Reválida o Certificación del ASCP. **La Certificación del ASCP deberá ser enviada por la institución directamente a la Junta Examinadora.**
7. Copia de Licencia Profesional de cada una de las jurisdicciones en las cuales posee licencia.
8. Verificación de Licencia Profesional de cada una de las jurisdicciones en las cuales posee licencia (Good standing).
9. Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
10. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00). **Pago no reembolsable.** Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda.

No se aceptarán solicitudes incompletas.