



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE OPTOMETRIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONOS: _____
Residencia Trabajo Celular Otro

EMAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES / DIA / AÑO



ADHERIR UNA
FOTOGRAFIA RECIENTE

2 x 2

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

y debidamente **JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Optómetras pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Optómetras que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día _____ de _____ de _____ en _____, _____.

AFIDÁVIT NUM.: _____



Sello
Notarial

Firma del Notario

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Núm. 246 que reglamentan la profesión de Optómetras del 15 de agosto de 1999.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la Licencia.

JUNTA EXAMINADORA DE OPTOMETRAS DE PUERTO RICO

Tel.: (787)765-2929 Ext. 3462

Email: ctrinidad@salud.gov.pr

PO BOX 10200 Santurce PR, 00908-0200

JUNTA EXAMINADORA DE OPTOMETRAS DE PUERTO RICO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original:

 (Incluya declaración jurada).
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____ S.S. _____-_____-_____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su estatus.**)
4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? _____Sí _____No (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? _____ Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de esta a la fecha de esta solicitud.

CERTIFICADO MEDICO

YO _____ medico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la Licencia numero _____, expedida por el Tribunal Examinadora de Médicos, Certifico que ha examinado a _____, encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Fecha: _____ **Firma del Médico:** _____

6. Necesita acomodo razonable: _____Sí _____No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. Someter Certificado Médico.**)

PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL:

INSTITUCIÓN:

Nombre: _____

Dirección de la Institución: _____

Grado obtenido: _____

Fecha: _____

Primer año: _____

Período: _____

Segundo año: _____

Período: _____

Tercer año: _____

Período: _____

Cuarto año: _____

Período: _____

Institución	Educación en Optometría	Periodos
--------------------	--------------------------------	-----------------

Primer año: _____	Período: _____
Segundo año: _____	Período: _____
Tercer año: _____	Período: _____
Cuarto año: _____	Período: _____

CERTIFICACION DEL DECANO DE LA ESCUELA DE OPTOMETRIA

Yo _____, Decano de la Escuela de Optometría de
Nombre del Decano

_____ fue admitido en esta institución en
Fecha de admisión

_____ y completo _____ años de Estudios. Obtuvo el grado
 de _____ en _____.
Grado obtenido **Fecha**

CERTIFICO además que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante al cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

**Sello De La
Institución**

Firma del Decano

Fecha de Certificación

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:

Comparece _____ Optómetra con numero de licencia
Nombre del optómetra

_____ expedida por _____ de _____ y
Nombre de la Junta Examinadora **País**

debidamente juramentado certifica que conoce personalmente a _____
Nombre del solicitante

por espacio de _____ años; Da FE de su buena conducta moral y le recomienda a la Junta Examinadora de Optómetras como persona apta para ejercer la profesión de Optometría.

DIRECCIÓN: _____

FIRMA: _____

NUM. TEL.: _____

FECHA: _____

JUNTA EXAMINADORA DE OPTOMETRAS DE PUERTO RICO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA: *(Favor de usted no escribir en estos espacios)*

FECHA DE RECIBO: _____

_____ SOLICITUD APROBADA

_____ SOLICITUD DENEGADA

_____ Examen

_____ Licencia Permanente

RAZÓN: _____

SOLICITUD EVALUADA POR:

Presidente _____

FECHA: _____

Miembro _____

ACTA: _____

Miembro _____

Miembro _____

Miembro _____

JUNTA EXAMINADORA DE OPTOMETRA DE PUERTO RICO
INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE
(REQUISITOS)

1. Someter la solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes y entregar el formulario para la solicitud de licencia ante la Junta, dentro del tiempo límite establecido.
2. Someter **Transcripciones de Créditos de la Escuela de Optometría**, esta deberá ser enviada por la escuela directamente a la Junta. **(Deberán ser enviada por la institución educativa a la Junta Examinadora directamente a la siguiente dirección):**

Junta Examinadora De Optometra
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

3. **Original y copia** diploma de Doctor en Optometría, obtenido de la escuela de Optometría que concede este título y que este reconocida por la Junta y acreditada por el Concilio de Educación Optométrica (Council of Optometric Education", COE) de la Asociación de Optométrica Americana (AOA), cuyo curso conste de no menos de cuatro (4) años de estudios optométricos.
4. **Someter** evidencia oficial de haber aprobado satisfactoriamente las partes, I (Ciencias Básicas), II (Ciencias Clínicas), y III (Cuidado del Paciente) del National Board of Examiners in Optometry (NBEO) o sus sucesores.
5. **Original y Copia** del Certificado de Nacimiento. Solicitantes extranjeros deben presentar Certificación de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización. **(Deberá traer evidencia)**
6. **Original y copia** de Identificación vigente con foto (Licencia de conducir, Real ID O Pasaporte).
7. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por el lugar de residencia y otro expedido en Puerto Rico. **NOTA:** Del certificado ser electrónico, deberá traer la **validación electrónica** del mismo. ***No mayor de Treinta (30) Dias***
8. **Original y Copia** de su tarjeta de seguro social.
9. **Someter** evidencia oficial de haber cursado un mínimo de noventa (90) créditos a nivel universitario en estudios de Pre-Optometría.
10. **Certificación** negativa de una prueba de detección de sustancias controladas, emitida por un laboratorio licenciado por el Departamento de Salud, y que utilice las guías y parámetros establecidos por el National Institute of Drug Abuse (N.I.D.A)

Continuación (Requisitos)

11. **Un (1) sobres** pre-dirigidos con sellos. **(Debe de incluir su Dirección Postal)**

	_____ Su Nombre
	_____ Su Dir. Postal

12. Costo por solicitud son cincuenta (\$50.00) dólares, pagadero al **Secretario de Hacienda** en giro postal, bancario, ATH, VISA o MASTERCARD.

Junta Examinadora de Optometras de PR. Tel.: (787)765-2929 Ext. 3462 Email: ctrinidad@salud.gov.pr
--