DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

OPTOMETRA CERTIFICADO
Examen de Jurisprudencia, Ética y Responsabilidad Pública

Nombre del solicitante _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: _____/_____ **Correo electrónico:** _____
Celular Trabajo

Fecha de Nacimiento: _____ **Seguro social Núm.:** _____
Mes/Dia/Año **xxx-xx-_____**

Identificacion Núm.: _____ ◯ **Visa** ◯ **Cedula** ◯ **Lic. Conducir**

1. **¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave que implique depravación moral? SI_____ NO _____. En caso de afirmativo, explique en un papel; aparte y adjúntelo a esta solicitud.**
2. **¿Ha sido alguna vez suspendida su licencia de Optometría? SI____ NO ____**

   En caso de ser afirmativo, indique la razón: _____

   _____
3. **Indique sui posee una licencia de algún otro estado de los Estados Unidos de América.**

   Núm. Licencia: _____ **Fecha de Expedición:** _____/_____/_____

   Estado que otorgo la licencia: _____ **Tipo de licencia:** _____

Preparación Académica:

Nombre y dirección de Escuela o Colegio donde obtuvo grado de doctor de Optometría y año de graduación: _____

_____

INSTRUCCIONES DEL SOLICITANTE

Solicitud debidamente cumplimentada y acompañada con los siguientes requisitos, según establece la Ley numero 246 del 15 de agosto de 1999.

1. **Original y Copia de su Registro vigente.**

2. **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) días***

3. **Someter evidencia de haber completado y aprobado un curso de Farmacología general y Ocular en una escuela o colegio de Optometría acreditado por el Çouncil of Optometry Education" (COE) de la asociación Optométrica Americana (AOA) o evidencia de haber aprobado satisfactoriamente los National Board"**

4. **Someter una comunicación de haber completado y aprobado un curso de Educación Didáctica y Adiestramiento Clínico supervisado para el uso de Cicloplegicos y Anestesia Tópica para propósito refractivos en un programa acreditado por la Junta. Este curso deberá haber sido aprobado en un término de cinco (5) años o menos, previo a la solicitud de Certificación.**

5. **Original y Copia de su tarjeta de CPR vigente. Debe de haber aprobado un curso de Resucitación Cardiopulmonar dentro de un término de un año previo a la solicitud de Certificación.**

6. **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)**

7. **Presentar evidencia de ser miembro del Colegio de Optómetras de Puerto Rico. (Certificación Oficial Sellada).**

8. **Traer un (1) sobre-predirigido con sello postal. (Debe de incluir su Dirección Postal)**

_____Su Nombre
_____Su Dir. Postal

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

10. **Tendrán que tomar y aprobar el examen de revalida de Jurisprudencia, Ética y Responsabilidad Pública, según dispuesto en la Ley número 246 del 15 de agosto de 1999, según enmendada.**

TODO OPTOMETRA que interese tomar dicho examen, deberá adquirir las siguientes leyes;

a. **Ley numero 246 aprobada el 15 de agosto de 1999 (Reglamenta la práctica de la Optometría en Puerto Rico).**
b. **Ley numero 129 aprobada el 17 de diciembre de 1993 9Crea el Colegio de Optómetras de Puerto Rico).**
c. **Ley 170 (Procedimientos Administrativos Uniforme)**
d. **Ley HIPPA.**
e. **Reglamento General de la Junta Examinadora de Optómetras de PR.**

NOTA: Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido TODA la evidencia que la misma requiere.

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

PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184

787-765-2929 www.salud.pr.gov