



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

OPTÓMETRA CERTIFICADO

EXAMEN DE JURISPRUDENCIA, ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Nombre del solicitante: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

**ADHIERA FOTO
2X2
AQUÍ**

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____ | _____ | _____
Residencia Celular Trabajo

Seguro Social núm.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Identificación núm.: _____ Visa Cedula Lic. Conducir otros

- ¿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.
- ¿HA SIDO ALGUNA VEZ SUSPENDIDA SU LICENCIA DE OPTOMETRÍA? SI _____ NO _____.
En caso de afirmativo, indique la razón: _____

- Indique si posee una licencia de algún estado de los Estados Unidos de América.
Núm. de Licencia: _____ Fecha de expedición: _____
Estado que otorgó la Licencia: _____ Tipo de Licencia: _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA:

Nombre y dirección de escuela o colegio donde obtuvo el grado de Doctor en Optometría:

Año de Graduación: _____



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

REQUISITOS PARA SOMETER JUNTO CON ESTÁ SOLICITUD

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

1. **ORIGINAL** del Certificado de la Negativa de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. (No debe exceder tres (3) meses de expedido). En caso **de NO residir en Puerto Rico** deberá **AÑADIR** un Certificado de Negativa de Antecedentes Penales del lugar donde reside.
2. **ORIGINAL Y COPIA** de su certificado de registro.
3. **ORIGINAL Y COPIA** de su Tarjeta de CPR actualizada. Debe de haber aprobado un curso de Resucitación Cardiopulmonar dentro de un término de un año previo a la solicitud de Certificación.
4. Someter una Certificación Negativa de una prueba de Detención de Sustancias Controladas, emitido por un Laboratorio Licenciado por el Departamento de Salud, y que utilice las guías y parámetros establecidos por el "National Institute of Drugs Abuse" (NIDA), el cual no podrá tener más de treinta (30) días de expedido.
5. Presentar evidencia de ser miembro del Colegio de Optómetras de Puerto Rico. (Certificación Oficial Sellada).
6. **TRAER** un sobre pre-dirigido con sello postal.
7. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA, ATH O TARJETA DE CRÉDITO (Visa o MasterCard) por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00) **NO REEMBOLSABLES**.
8. Tendrán que tomar y aprobar el examen de reválida de Jurisprudencia, Ética y Responsabilidad Pública, según dispuesto en la Ley número 246 del 15 de agosto de 1999, según enmendada.

TODO OPTÓMETRA que interese tomar dicho examen, deberá adquirir las siguientes leyes:

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

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

JUNTA EXAMINADORA DE OPTÓMETRAS DE PUERTO RICO

P.O. Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

(787)765-2929 | Ext. 6590

margery.figueroa@salud.pr.gov