



## Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

### SOLICITUD PARA RE-EXAMEN

\_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS  
\_\_\_\_\_ Re-examen Teórico

\_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA  
\_\_\_\_\_ Re-examen Práctico

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Pueblo\País)

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

#### Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

\_\_\_ Presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).

\_\_\_ Certificado de Antecedentes Penales (impreso) expedido por la Policía de PR. No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación.

\_\_\_ Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) (Impreso) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.

\_\_\_ Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.

\_\_\_ Un sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.

\_\_\_ Realizar pago de \$20.00 (por cada modalidad) por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.

\_\_\_ Formulario de Solicitud de Examen de Reválida (adjunto).

\_\_\_ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.



Coordina tu cita en TurnosPR

<https://r8citas.turnospr.com/?companyid=166>

No se aceptan solicitudes incompletas.

Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.

En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

## Formulario de Solicitud de Examen de Reválida para Didaxis

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Información Personal:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Inicial

Seguro Social  
Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento  
dd/mm/yyyy

Género:

Femenino

Masculino

Ciudadanía:

Estados Unidos de América

Otra (especifique)

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examen que solicita:**

Tecnólogo Radiológico

Tecnólogo en Radioterapia

Número de Intento: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_ Recinto: \_\_\_\_\_

Pueblo

Acomodo Razonable:  Si  No  En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable.

Fecha de Terminación de Estudios: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

Grado Obtenido: \_\_\_\_\_

Firma del candidato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE

# SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

## Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

### HOJA DE COTEJO PARA RE-EXAMEN

\_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS      \_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA  
\_\_\_\_\_ Re-examen Teórico      \_\_\_\_\_ Re-examen Práctico

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

#### Marque los requisitos entregados por el profesional:

- \_\_\_ Presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).
- \_\_\_ Certificado de Antecedentes Penales (impreso) expedido por la Policía de PR. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
- \_\_\_ Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) (Impreso) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
- \_\_\_ Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
- \_\_\_ Un (1) sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.
- \_\_\_ Realizar pago de \$20.00 (por cada modalidad) por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.
- \_\_\_ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- \_\_\_ Formulario de Solicitud de Examen de Reválida (adjunto).

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Gestor      \_\_\_\_\_ Candidato

**No se aceptan solicitudes incompletas.**

**Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.**

**En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)**