



## JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS RADIOLOGICOS EN ÍMAGENES DE DIAGNOSTICO Y TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA DE PUERTO RICO

### SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y/O OBTENCIÓN DE LICENCIA

\_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS      \_\_\_\_\_ TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA

#### DECLARACIÓN JURADA

**ADHIERA  
FOTO AQUÍ  
2X2**

COMPARECE \_\_\_\_\_ Bajo el más formal juramento  
Nombre completo del solicitante

mayor de edad, vecino de \_\_\_\_\_ e identificado mediante \_\_\_\_\_

1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada **recientemente**-----
2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado **falsamente**-----
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.-----

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, bajo mi firma y sello

Affidavit No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Notario

SELLO DE  
ASISTENCIA LEGAL

**Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y los requisitos educativos especificados en la Ley Número 76 del 12 de abril de 2006, según enmendada, y en base a los reglamentos registrados en el Departamento de Estado o Resoluciones dispuestas por la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico.**

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		
Dirección Postal:		
Teléfono:		
Correo Electrónico:		
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	Acomodo razonable: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable

### INFORMACIÓN ACADÉMICA

Grado Obtenido	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
----------------	-----------------------------------	-------------------

### INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión?

Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.

Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	

## HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL

	Si	No
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____		
2. ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional		
3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Radiología en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		
4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o por el Seguro Social? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		
5. ¿Está física o mentalmente capacitado/a para prestar servicios de Radiología con razonable habilidad, seguridad y competencia?		
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta su competencia profesional? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		
8. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de radiología o cualquier otra profesión? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		
9. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional? Si respondió "Sí", incluya explicación en un documento separado.		

### CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, **NO familiar del solicitante**)

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es una persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Radiología.

Nombre	/ <b>Firma:</b>
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	
Nombre	/ <b>Firma:</b>
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	



## 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: \_\_\_\_\_ Grado Obtenido: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

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

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

**REQUISITOS GENERALES**  
(USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA EXAMINADORA DE RADIOLOGIA)

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tecnólogos Radiológicos**                      \_\_\_\_\_ **Tecnólogos en Radioterapia**

1. Presentar ante la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos de Puerto Rico la solicitud
2. debidamente juramentada ante notario público y en **el impreso y/o formato** que a sus efectos la Junta provea (adherir según corresponde foto 2x2). Aquellas solicitudes que sean juramentadas fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del “County Clerk”. **No se aceptarán solicitudes incompletas, ni con firmas digitales.**
3. Todo aspirante deberá ser mayor de 18 años. Deberá presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).
4. Certificado de Antecedentes Penales (impreso) expedido por la Policía de PR. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
5. 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.
6. Certificado de Nacimiento (entregar original y copia) expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos, 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.
7. Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
8. Un sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.
9. Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado en Radiología
10. Transcripción de Créditos Oficial enviada directamente a la Junta desde la Institución donde obtuvo el grado académico. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta. Dirección Postal de la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos de Puerto Rico: PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200.
11. Realizar pago de \$40.00 por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.

12. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica. De ser aprobado el acomodo por la Junta, este documento será compartido con la compañía Didaxis a través de un protocolo confidencial para establecer el mismo. Este documento se encuentra disponible para imprimir en [Tecnólogos Radiológicos en Imágenes \(pr.gov\)](http://Tecnólogos Radiológicos en Imágenes (pr.gov))

### **CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (AART) RADIOLOGIA**

**Deberá de someter los documentos del 1-9 en adición a los siguientes documentos:**

---

- Original y copia del certificado de aprobación.
- Original y Copia de los resultados de examen (Passing score report).
- Realizar pago de \$80.00 por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.

### **TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA**

**Deberá de someter los documentos del 1-8 en adición a los siguientes documentos:**

---

- Original y Copia de la Licencia Permanente de Tecnología Radiológica.
- Original y Copia de la Certificación de Registro Vigente de Tecnología Radiológica.
- Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por el Radioncologo.
- Presentar Original del Horario de Práctica (4,160 horas) firmado por Radioncologo.
- Realizar pago de \$80.00 por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.

### **CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (AART) RADIOTERAPIA**

**Deberá de someter los documentos del 1-9 en adición a los siguientes documentos:**

---

- Original y copia del certificado de aprobación del AART.
- Original y Copia de los resultados de examen (Passing score report).
- Presentar Original y copia de la licencia de Tecnólogo Radiológico.

\_\_\_ Presentar Original y copia de la Certificación de Registro vigente de Tecnólogo Radiológico.

\_\_\_ Presentar Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por el Radioncologo y/o Certificación de empleo en Radioterapia.

\_\_\_ Realizar pago de \$80.00 por concepto de Solicitud. Realizar pago de \$80.00 por concepto de Solicitud. Métodos de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO a nombre del secretario de Hacienda. PAGO NO REEMBOLSABLE.

## ADVERTENCIAS

- En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)
- En el caso de las **convalidaciones del AART para Radioterapia**, el solicitante tendrá que someter evidencia de trabajo en radioterapia.
- **En el caso en que usted no pueda gestionar personalmente el trámite**, se requiere emita una carta autorizando a un gestor para que efectúe los trámites correspondientes, el gestor deberá presentar una identificación con foto y una del candidato.
- La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.
- Solicitudes incompletas serán denegadas de plano.
- El recibo de esta solicitud está sujeta a la aprobación de la Junta Examinadora.
- El solicitante cuya solicitud sea denegada podrá pedir reconsideración dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación, o podrá solicitar la celebración de una vista adjudicativa formal para dilucidar el asunto dentro de los treinta (30) días de haber sido notificado de la decisión.
- Esta solicitud consta de 7 páginas. No se aceptan firmas digitales.

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

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

Rechazada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Coordina tu cita en TurnosPR  
<https://r8citas.turnospr.com/?companyid=166>



Página de Juntas Examinadoras  
<https://www.salud.pr.gov/>

