



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

### SOLICITUD PARA RE-EXAMEN DE TECNÓLOGOS EN ULTRASONIDO MÉDICO (SONOGRAFÍA)

\_\_\_ FÍSICA \_\_\_ CARDIACO \_\_\_ DIAGNÓSTICO GENERAL \_\_\_ VASCULAR

El candidato podrá solicitar el examen para la obtención de licencia permanente de Tecnólogos en Ultrasonido Médico de Diagnóstico General, Vascular y/o Cardíaco únicamente luego de aprobar el examen de física.

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

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

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. Puede ser en giro postal a nombre del secretario de Hacienda o por sistema de ATH. El pago no es reembolsable.
- Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- Formulario de Solicitud de Examen de Revalida (adjunto).
- Resultados de Aprobación de examen de física.  
(solo para solicitar examen de Ultrasonido Médico de Diagnóstico General, Vascular y/o Cardíaco)

PARA CITAS



**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)



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

**Formulario de Solicitud de Examen de Reválida**

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Nombre:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento:				
Dirección Postal:				
Teléfono:				
Correo Electrónico:				
Seguro Social Últimos 4 dígitos	Género: __ Femenino __ Masculino	Ciudadanía: __ Estados Unidos de América __ Otra (especifique)		

**Marque el examen que solicita:**

\_\_\_ FÍSICA \_\_\_ CARDIACO \_\_\_ DIAGNÓSTICO GENERAL \_\_\_ VASCULAR

Número de Intento: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_ Recinto: \_\_\_\_\_  
(Pueblo)

Acomodo Razonable: \_\_ Si \_\_ No ¿Qué tipo de acomodo solicita? \_\_\_\_\_

En caso de afirmativo adjunte solicitud para Acomodo Razonable (vigencia de un (1) año) (Rev. mayo 2024)

Fecha de Terminación de Estudios: \_\_\_\_\_ Año de Graduación: \_\_\_\_\_

Firma del Candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_