



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 Diagnostico General, Vascular y/o Cardiaco únicamente luego de aprobar el examen de física.

NOMBRE: _____

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

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELEFONO: _____ - _____ - _____ 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.
- Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- Formulario de Solicitud de Examen de Reválida (adjunto).
- Resultados de Aprobación de examen de física.
(solo para solicitar examen de Ultrasonido Médico de Diagnostico General, Vascular y/o Cardiaco)

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



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	G Género: __ Femenino __ Masculino	Ciudadanía: __ Estados Unidos de América __ Otra (especifique)		

Marque el examen que solicita:

___ FÍSICA ___ CARDIACO ___ DIAGNÓSTICO GENERAL

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ Recinto: _____
(Pueblo)

Acomodo Razonable: __ Si __ No En caso de afirmativo, completar y anejar la solicitud para Acomodo Razonable

Fecha de Terminación de Estudios: _____ 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

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: _____

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 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.
- Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- Formulario de Solicitud de Examen de Reválida Didaxis (adjunto).
- Resultados de Aprobación de examen de física.
(solo para solicitar examen de Ultrasonido Médico de Diagnóstico General, Vascular y/o Cardíaco)

Recibido por: _____ Fecha: _____

Entregado por: _____ Gestor Candidato