



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos
en Imágenes de Diagnóstico y Tratamiento**

SOLICITUD DE REEXAMEN PARA CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

_____ **Densitometría Ósea** _____ **Mamografía** _____ **Resonancia Magnética (MRI)**
_____ **Sistema Cardiovascular/Periferovascular (Angiografía)** _____ **Tomografía Computarizada (CT)**

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social completo: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

1. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
2. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
3. **Original** Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
4. **Original** Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
5. Un (1) sobre con sello pre-dirigido con la dirección postal del candidato.
6. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares (\$30.00) **POR CADA MODALIDAD** por concepto de solicitud. **Pago no reembolsable.** Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**
7. Solicitud para Acomodo Razonable (si aplica). Este documento se encuentra disponible para imprimir en [Tecnólogos Radiológicos en Imágenes \(pr.gov\)](#).

**No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos deben ser presentados impresos junto a su solicitud.**



Formulario de Solicitud de Examen de Reválida – Didaxis

Favor de llenar en letra de molde.

Información Personal:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Seguro Social

*últimos 4 dígitos

Fecha de nacimiento

dd/mm/yyyy

Género:

Femenino

Masculino

Ciudadanía: _____

Teléfono celular

Teléfono alternativo

Correo electrónico

Dirección Postal:

Ciudad

País

Código Postal

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

recinto

año graduación

Grado Obtenido: _____

Acomodo razonable: Sí No

En caso afirmativo completar y anejar la solicitud de Acomodo Razonable

Examen que solicita:

Densitometría Ósea

Mamografía

Resonancia Magnética

Sistema Cardiovascular/ Periferovascular

Tomografía Computarizada

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

REV. ABRIL/2026

Pág.2



HOJA DE COTEJO – REEXAMEN PARA CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

Nombre del solicitante: _____

_____ **Densitometría Ósea** _____ **Mamografía** _____ **Resonancia Magnética (MRI)**

_____ **Sistema Cardiovascular/Periferovascular (Angiografía)** _____ **Tomografía Computarizada (CT)**

_____ 1. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).

_____ 2. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.

_____ 3. **Original** Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.

_____ 4. **Original** Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.

_____ 5. Un (1) sobre con sello pre-dirigido con la dirección postal del candidato.

_____ 6. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares (\$30.00) **POR CADA MODALIDAD** por concepto de solicitud. **Pago no reembolsable.** Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda.

_____ 7. Solicitud para Acomodo Razonable (si aplica). Este documento se encuentra disponible para imprimir en [Tecnólogos Radiológicos en Imágenes \(pr.gov\)](https://www.salud.pr.gov).

Recibido por: _____ Fecha: _____

Enlace para coordinar cita mediante TurnosPR
<https://profesionalesdelasalud.turnospr.com>



Enlace para acceso al portal de Juntas Examinadoras
<https://www.salud.pr.gov>

