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

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

SOLICITUD DE RE-EXAMEN PARA CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

_____ Densitometría Ósea _____Mamografía _____Resonancia Magnética (MRI)

_____Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) _____Tomografía Computarizada (CT)

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

___Realizar pago de $30.00 (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).

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

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

Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos 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

Información Personal:

_____ _____ _____ _____

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

_____ _____

Seguro Social Último 4 dígitos — Fecha de Nacimiento dd/mm/yyyy

Ciudadanía:
___Estados Unidos de América
___Otra (especifique)

Género:
__Femenino
__Masculino

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico:
_____

Dirección Postal: _____
_____
_____

Examen que solicita:

___Densitometría Ósea

___Mamografía

___Resonancia Magnética

___Sistema Cardiovascular/ Periferovascular

___Tomografía Computarizada

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 Radiologicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

HOJA DE COTEJO PARA RE-EXAMEN

CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

_____ Densitometría Ósea _____Mamografía _____Resonancia Magnética (MRI)

_____Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) _____Tomografía Computarizada (CT)

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

___Realizar pago de $30.00 (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