



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

# OPTÓMETRA CERTIFICADO

## EXAMEN DE JURISPRUDENCIA, ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre                      Inicial

**ADHIERA FOTO  
2X2  
AQUÍ**

Dirección física: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Residencia                                      Celular                                      Trabajo

Seguro Social núm.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Identificación núm.: \_\_\_\_\_  Visa  Cedula  Lic. Conducir  otros

1. ¿HA SIDO CONVICTO DE DELITO GRAVE O MENOS GRAVE QUE IMPLIQUE DEPRAVACIÓN MORAL? SI \_\_\_ NO \_\_\_. En caso de afirmativo, explique en un papel aparte y adjúntelo a esta solicitud.

2. ¿HA SIDO ALGUNA VEZ SUSPENDIDA SU LICENCIA DE OPTOMETRÍA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.  
En caso de afirmativo, indique la razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Indique si posee una licencia de algún estado de los Estados Unidos de América.  
Núm. de Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: \_\_\_\_\_  
Estado que otorgó la Licencia: \_\_\_\_\_ Tipo de Licencia: \_\_\_\_\_

### PREPARACIÓN ACADÉMICA:

Nombre y dirección de escuela o colegio donde obtuvo el grado de Doctor en Optometría:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

## **REQUISITOS PARA SOMETER JUNTO CON ESTÁ SOLICITUD**

Solicitud debidamente cumplimentada y acompañada con los siguientes requisitos, según establece la Ley número 246 del 15 de agosto de 1999.

1. **ORIGINAL** del Certificado de la Negativa de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. (No debe exceder tres (3) meses de expedido). En caso **de NO residir en Puerto Rico** deberá **AÑADIR** un Certificado de Negativa de Antecedentes Penales del lugar donde reside.
2. **ORIGINAL Y COPIA** de su Tarjeta de CPR actualizada. Debe de haber aprobado un curso de Resucitación Cardiopulmonar dentro de un término de un año previo a la solicitud de Certificación.
3. Someter una Certificación Negativa de una prueba de Detención de Sustancias Controladas, emitido por un Laboratorio Licenciado por el Departamento de Salud, y que utilice las guías y parámetros establecidos por el "National Institute of Drugs Abuse" (NIDA), el cual no podrá tener más de treinta (30) días de expedido.
4. **TRAER** un sobre pre-dirigido con sello postal.
5. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA, **ATH O TARJETA DE CRÉDITO** (Visa o MasterCard) por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00) **NO REEMBOLSABLES**.
6. Tendrán que tomar y aprobar el examen de reválida de Jurisprudencia, Ética y Responsabilidad Pública, según dispuesto en la Ley número 246 del 15 de agosto de 1999, según enmendada.

**TODO OPTÓMETRA que interese tomar dicho examen, deberá adquirir las siguientes leyes:**

- a. **Ley número 246 aprobada el 15 de agosto de 1993 (Reglamenta la práctica de la Optometría en Puerto Rico).**
- b. **Ley número 129 aprobada el 17 de diciembre de 1993 (Crea el Colegio de Optómetras de Puerto Rico).**
- c. **Ley número 170 (Procedimientos Administrativos Uniforme).**
- d. **Ley HIPAA**
- e. **Reglamento General de la Junta Examinadora de Optómetras de Puerto Rico.**

**NOTA: Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido TODA la evidencia que la misma requiere.**

---

JUNTA EXAMINADORA DE OPTÓMETRAS DE PUERTO RICO

P.O. Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

(787)765-2929 | Ext. 6590

[margery.figueroa@salud.pr.gov](mailto:margery.figueroa@salud.pr.gov)