



**SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE OPTOMETRÍA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_  
Residencia                      Trabajo                      Celular                      Otro

EMAIL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO

**DECLARACIÓN JURADA**



COMPARECE \_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

y debidamente **JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

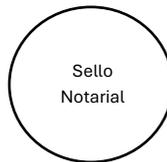
Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Optómetras pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Optómetras que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

AFIDÁVIT NÚM.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
 Firma del Notario

Esta solicitud deberá se cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Núm. 246 que reglamentan la profesión de Optómetras de 15 de agosto de 1999.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia.

**JUNTA EXAMINADORA DE OPTÓMETRAS DE PUERTO RICO**  
 Email: [margery.figueroa@salud.pr.gov](mailto:margery.figueroa@salud.pr.gov)

PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184



**JUNTA EXAMINADORA DE OPTÓMETRAS DE PUERTO RICO**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Indique origina:

\_\_\_\_\_

**(Incluya declaración Jurada).**

2. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su estatus.**)

4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)

5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de esta a la fecha de esta solicitud.

**CERTIFICADO MÉDICO**

YO \_\_\_\_\_ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la Licencia número \_\_\_\_\_, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos, Certifico que ha examinado a \_\_\_\_\_, encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico:** \_\_\_\_\_

6. Necesita acomodo razonable: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. Someter Certificado Médico.**)

---

**PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL:**

***INSTITUCIÓN:***

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grado obtenido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Primer año: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Segundo año: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Tercer año: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Cuarto año: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_



| <b>Institución</b> | <b>Educación en Optometría</b> | <b>Períodos</b> |
|--------------------|--------------------------------|-----------------|
| Primer año: _____  |                                | Período: _____  |
| Segundo año: _____ |                                | Período: _____  |
| Tercer año: _____  |                                | Período: _____  |
| Cuarto año: _____  |                                | Período: _____  |

**CERTIFICACIÓN DEL DECANO DE LA ESCUELA DE OPTOMETRÍA**

Yo \_\_\_\_\_, Decano de la Escuela de Optometría de  
**Nombre del Decano**  
\_\_\_\_\_ fue admitido en esta institución en \_\_\_\_\_  
**Fecha de admisión**

Y completos \_\_\_\_\_ años de Estudios. Obtuvo el grado de  
\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.  
**Grado obtenido** **Fecha**

**CERTIFICO** además que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante al cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

**Sello de la  
Institución**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Decano**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Certificación**

**CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:**

Comparece \_\_\_\_\_ Optómetra con número de licencia  
**Nombre del optómetra**  
\_\_\_\_\_ expedida por \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y  
**Nombre de la Junta Examinadora** **País**  
debidamente juramentado certifica que conoce personalmente a \_\_\_\_\_  
**Nombre del solicitante**  
Por espacio de \_\_\_\_\_ años; Da FE de su buena conducta moral y le recomienda a la Junta Examinadora de Optómetras como persona apta para ejercer la profesión de Optometría.

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**NÚM. TEL.:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_



## **INSTRUCCIONES DEL SOLICITANTE**

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

1. **Original y Copia de certificado de nacimiento.**
2. **Original Certificado de Antecedentes Penales expedido por el lugar de residencia y otro expedido en Puerto Rico. NOTA: Del certificado ser electrónico, deberá traer la validación electrónica del mismo. \*No mayor de treinta (30) días\***
3. **Someter evidencia de haber completado y aprobado un curso de Farmacología general y Ocular en una escuela o colegio de Optometría acreditado por el Council of Optometry Education” (COE) de la asociación Optométrica Americana (AOA) o evidencia de haber aprobado satisfactoriamente los National Board”**
4. **Someter una comunicación de haber completado y aprobado un curso de Educación Didáctica y Adiestramiento Clínico supervisado para el uso de Cicloplegicos y Anestesia Tópica para propósito refractivos en un programa acreditado por la Junta. Este curso deberá haber sido aprobado en un término de cinco (5) años o menos, previo a la solicitud de Certificación.**
5. **Original y Copia de su tarjeta de CPR vigente. Debe haber aprobado un curso de Resucitación Cardiopulmonar dentro de un término de un año previo a la solicitud de Certificación.**
6. **Certificación negativa de una prueba de detección de sustancias controladas, emitida por un laboratorio licenciado por el Departamento de Salud, y que utilice las guías y parámetros establecidos por el National Institute of Drug Abuse (N.I.D.A.)**
7. **Traer un (1) sobre-predirigido con sello postal. (Debe de incluir su Dirección Postal).**
8. **Costo por solicitud son cincuenta (\$50.00) dólares NO REEMBOLSABLE, pagadero al Secretario de Hacienda en giro portal, bancario, ATH, VISA O MASTERCARD.**
9. **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.**



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

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

- a. **Ley número 246 aprobada el 15 de agosto de 1999 (Reglamenta la práctica de la Optometría en Puerto Rico).**
- b. **Ley número 129 aprobada el 17 de diciembre de 1993 (Colegio de Optómetras de Puerto Rico).**
- c. **Ley 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.**

\_\_\_\_\_ Su Nombre  
\_\_\_\_\_ Su Dirección Postal

JUNTA EXAMINADORA DE OPTÓMETRAS DE PUERTO RICO

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

PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184

 787-765-2929

 [www.salud.pr.gov](http://www.salud.pr.gov)