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 Optómetras

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE OPTOMETRÍA Y CERTIFICACIÓN DE OPTÓMETRA CERTIFICADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre** **Inicial**

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONOS: _____
Residencia **Trabajo** **Celular** **Otro**

EMAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES / DÍA / AÑO

ADHERIR UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE

2 x 2

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.: _____

Sello Notarial

_____
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

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original:

_____

(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: _____

Institución	**Educación en Optometría**	**Períodos**
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 Ciclopleglcos 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. **Costo por solicitud son cincuenta ($50.00) dólares NO REEMBOLSABLE, pagadero al Secretario de Hacienda en giro portal, bancario, ATH, VISA O MASTERCARD.**

8. **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 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.

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 Optómetras

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: _____

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 certificado de registro.

3. **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.

4. 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 "Nacional Institute of Drugs Abuse" (NIDA), el cual no podrá tener más de treinta (30) días de expedido.

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 (Procedimiento 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.