

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud **Junta Examinadora de Naturópatas**

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCIÓN DE LICENCIA PERMANENTE PARA NATURÓPATAS

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que reúnen las cualidades y los requisitos educativos exigidos en la Ley Número 211 del 30 de diciembre 1997, según enmendada y que reglamenta la profesión de Naturopatía de Puerto Rico.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud (perjurio) será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente ante la Junta Examinadora de Naturópatas de Puerto Rico.

| <u>DECLARACIÓN JURADA</u> |
|---|
| NOMBBE COMPLETO DEL ASPITANTE (LETDA DE MOLDE) Fotografía |
| NOMBRE COMPLETO DEL ASPITANTE (LETRA DE MOLDE) reciente tamaño |
| Seguro Social _XXX-XX e identificado mediante PASAPORTE |
| |
| |
| Expone que la persona a quien refiere esta solicitud y que las declaraciones que la contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente (6) meses o menos. |
| Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia, entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Naturópatas de Puerto Rico, cualquiera Información que requiera sobre su persona o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud. |
| Acepta cumplir fielmente el Código de Ética de la Junta Examinadora de Naturópatas de Puerto Rico, de acuerdo con el Reglamento General. |
| |
| Firma del Solicitante |
| |
| Suscrito y Jurado ante mí, Hoy día de de, |
| en, Puerto Rico, bajo mi firma y sello. |
| Affidavit No Firma del Notario Público: |
| Allidavit No Firma del Notario i dolico |
| Sello Notarial> SELLO DEL NOTARIO |



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud **Junta Examinadora de Naturópatas**

I. Historial Personal

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y OBTENCIÓN DE LICENCIA PERMANENTE PARA NATURÓPATAS

| Nombre:/ | 55.0 | <u> </u> | | 70 |
|---|--|---------------------|---------|---------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre | In | icial |
| Dirección Postal: | The state of the s | 200 57 | -0 | 1 |
| Dirección Residencial: | | | | |
| | | (.n.) | | 理學 |
| Correo Electrónico: | | Ciudadanía: | | |
| Teléfono Celular: | Teléfono Al | terno: | | * |
| Fecha y lugar de Nacimiento | _[| , | | |
| (I | Día/Mes/Año) | Lugar | | |
| II. Historial de Conducta Profesional y P | Personal | | 4 | == < |
| , and an | | | Si | No |
| 1. ¿Ha sido convicto de delito gra | ve o menos grave que | implique | | |
| depravación moral? Indique: Fecha: | | | 1 | |
| Naturaleza del delito: | - 1 (%) F | | - | |
| Jurisdicción (cuidad o estac | | 2777 1 | 25 56 | 15 1 |
| ` | | | 1. 18 8 | mark to |
| 2. ¿Padece usted de alguna enfer | medad mental? Expliq | ue en hoja aparte. | | 6.9 |
| | | | | |
| 3. ¿Utiliza usted drogas o alcohol | | te su competencia | | |
| profesional? Explique hoja apa | arte. | | | |
| 4. ¿Está registrado como ofensor | sexual en Puerto Rico | o cualquier otra | (C) | (6) |
| jurisdicción de los EE.UU.? | ourday on Facility Facility | o caarquier otra | | |
| | | X 22/2/2 | | |
| ¿Posee alguna licencia profesion Número de Licencia: | | | 19/ASA | |
| Jurisdicción (cuidad o esta | | | | 22007 |
| ourisalector (cardad o cota | | 03 | | - Swall |
| 6. ¿Ha fracasado alguna vez en u | | W/D | | |
| Lugar del examen: | | 6/200 | | |
| Fecha del examen: | | .C.D. E | CIT | nan |
| Profesión: | | | D.I. | 160 |
| 7. ظHa obtenido o intentado obten | ner una licencia para | oracticar cualquier | | |
| profesión reglamentada por ley | | | | |
| | | | | |



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Naturópatas

| 8. ¿Ha dado testimonio falso en beneficio de un aspirante a examen ante cualquier Junta o en cualquier investigación de querellas presentadas ante dichos cuerpos por violaciones a las disposiciones de las leyes o reglamentos vigentes? | | | |
|---|------|----------|-----|
| 9. ¿Ha incurrido en cualquier conducta proscrita en esta ley o ha sido sancionado por cualquier junta Examinadora por actuaciones disciplinarias? | | | 9 0 |
| 10. ¿Ha sido declarado incapacitado por un tribunal competente o Seguro Social? | Z | | B |
| 11. ¿Ha sido convicto por practicar ilegalmente la Naturopatía o cualquier profesión reglamentada por la ley en Puerto Rico o en cualquier jurisdicción? | -2r | 7 | 2 |
| 12. ¿Se le ha revocado una licencia para practicar en cualquiera de las ramas de la salud? Profesión: Razón: | 7 | 7/ | 3 |
| 13. ¿Ha alterado, falsificado o sometido información falsa o incorrecta en cualquier documento o material con la intención maliciosa de engañar a los miembros de la Junta o de cualquier Junta Examinadora en el desempeño de sus funciones? | | | |
| 14. ¿Usted padece de alguna condición que requiera ACOMODO RAZONABLE la toma de examen de reválida? | - 10 |)m (() | |
| En caso afirmativo deberá someter una certificación médica o del especialista de salud, explicando la condición de actual y brindar los acomodos razonables requeridos. | | | |
| III. Historial de Académico | | | |
| 1. Información donde estudió el Bachillerato (indique hasta 2, si aplica) | | | |
| a. Institución Académica: | | | |
| Año de Graduación: | | | |
| Concentración: | | | |
| b. Institución Académica: | | | |
| Año de Graduación: | | | |
| Concentración: | CIT | no. | m.E |
| 2. Información donde estudió el Post grado (indique hasta 2, si aplica) | 9.1. | 160 | 110 |
| | | | |
| a. Institución Académica: | | | |
| Año de Graduación: | | | |

Concentración:



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Naturópatas

| | Año de Graduació | mica:in: | |
|--------|--|--|---|
| IV. Re | ferencias Personales y Condu | | |
| | er firmados por tres (3) persona edan dar fe de su buena conduc | s mayores de edad, que no sean familia eta moral. | ares ni vivan con el solicitante, |
| | mantes Certificamos a la Ju almente a | nta Examinadora de Naturópatas de yel aspirante en letra de Molde | Puerto Rico, que conocemos que nos consta, que es persona |
| - | sable, respetable y de buena o | el aspirante en letra de Molde conducta moral, por tanto, le conside ia y requisitos correspondientes. | ramos apto(a) para ejercer la |
| | | | |
| 1. | Nombre completo: | | |
| | Profesión | | |
| | | | P.R.00 |
| | Teléfono: | Email_ | |
| | Firma: | 180 | |
| | | | ASSESS SECTION |
| 2. | Nombre completo: | | |
| | Profesión | (1/16) = W-51 | |
| | | ZV Z | P.R.00 |
| | Teléfono: | Email | |
| | Firma: | | , |
| | | | |
| 3. | Nombre completo: | | |
| | Profesión | C. | |
| | Dirección Postal: | C.G. | P.R.00 |
| | Teléfono: | Email | Rec men |
| | Firma: | | EST ROILS |



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud **Junta Examinadora de Naturópatas**

V. Instrucciones y requisitos para solicitar examen de reválida de Naturópatas

La ley Número 211 del 30 de diciembre de 1997, según enmendada reglamenta la profesión de la Práctica de Naturopatía en Puerto Rico.

La Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud emitirá un anuncio en dos (2) periódicos de mayor circulación, al menos 30 días antes de la administración del examen de reválida para los Naturópatas. Puede llamar al (787)765-2929 ext. 6590 ó enviar un correo electrónico margery.figueroa@gsalud.pr.gov para que le envíen la solicitud por correo electrónico. La solicitud debe ser radicada en su totalidad en o antes de la fecha límite establecida. Debe haber residido en Puerto Rico al menos un año antes de solicitar el examen.

- 1. **Solicitud** debidamente cumplimentada y juramentada.
- 2. Original y Copia del Certificado de Nacimiento.
- 3. Evidencia de **domicilio** (recibo de agua, luz, teléfono, etc.)
- 4. Certificado de Antecedentes Penales de la policía de Puerto Rico (PR) y de las autoridades pertinentes en las jurisdicciones donde el aspirante vivió durante los últimos 5 años. (no más de 30 días de expedido). O sea, si el aspirante a examen vivió el último año en PR, pero el año anterior vivió en Estados Unidos, además de la certificación de PR, debe someter otra del estado donde vivió.
- 5. Transcripción de Créditos Oficial donde evidencie que tiene 90 créditos de educación académica en estudios generales y ciencias naturales básicas o un bachillerato en ciencias naturales de una institución universitaria acreditada y reconocida por el Consejo de Educación de PR o por cualquier otra institución acreditadora reconocida por la Oficina de Registro y Licenciamiento de Instituciones de Educación o por la Junta Examinadora de Naturópatas de PR. Esta preparación debe incluir Biología, Química y Física General y Botánica.

Las transcripciones de créditos deben ser solicitadas a su institución académica y ser enviadas directamente a Junta, a la siguiente dirección:

Junta Examinadora de Naturópatas P.O. Box 10200, San Juan, P.R. 00908-0200

- 6. Transcripción de Créditos de programa de estudios de posgrado (Maestría o Doctorado) completado, que confiera un grado académico profesional en Ciencias Naturopáticas de una Institución Académica reconocida por la Oficina de Registro y Licenciamiento de Instituciones de Educación o por la Junta Examinadora de Naturópatas de PR. Su preparación debe incluir entre otros; Anatomía y Fisiología Humana, Química Orgánica, Bioquímica, Nutrición y Fitoterapia.
- 7. El pago de la solicitud por el examen es de \$200.00 **NO REEMBOLSABLE.** (Debe hacer un pago en giro postal o cheque de gerente a nombre del secretario de Hacienda. Puede pagar con ATH (sin logotipo), VISA ó MasterCard. En adición, una vez la Junta le envíe su número de aspirante deberá pagar \$75.00 a Test Innovations Inc., (entidad a cargo de la administración del examen).



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

PARRES ES

Junta Examinadora de Naturópatas

Solicitud de cita de examen: Una vez evaluada la solicitud por la Junta se le enviará la respuesta por correo electrónico. De ser aceptada su solicitud se le enviará un código para que solicite el examen por internet, a la Compañía Test Innovations de la siguiente manera:

OPCIÓN 1: Entrar a la página de Internet <u>www.revalidasonline.com</u> y completar el proceso de registro, pagar \$75.00 con tarjeta de crédito o ATH. De las opciones presentadas, escoja el lugar, fecha y hora del examen.

OPCIÓN 2: Completar e imprimir la solicitud de examen, disponible en <u>www.revalidasonline.com</u>, incluir giro postal a favor de Test Innovations Inc. por \$75.00 y enviar a:

Test Innovations, Inc. 623 Ave. Ponce de León, Suite 12-A San Juan, PR 00918

Los candidatos que paguen mediante giro postal serán citados posteriormente. Para más información puede contactar a la compañía Test Innovations al teléfono 787-767-7752.

Además, el Manual del Aspirante que contiene el tipo de examen, los derechos a pagar, la puntuación mínima para aprobar, las materias a examinar, materiales que serán necesarios y los requisitos para solicitar, estará disponible en la página de internet de Test Innovations o lo puede solicitar en la Junta Examinadora.

VI. Luego de haber aprobado el examen:

La Junta Examinadora de Naturópatas le enviará un correo electrónico informando los resultados del examen. De haber aprobado, debe presentar los siguientes documentos:

- 1. Evidencia de poseer seguro de responsabilidad profesional (impericia) con un mínimo de \$100,000 por incidente y un agregado de \$300,000 por año. Este seguro deberá ser emitido por un asegurador debidamente autorizado a contratar negocios en Puerto Rico (PR).
- 2. Certificación negativa de ASUME (si la solicita por internet, debe incluir el documento de validación) No más de 30 días de expedida.
- 3. Pago de licencia y registro por \$250.00 **NO REEMBOSABLE**.
- 4. Certificado de salud (no más de un (1) año de expedido).



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud **Junta Examinadora de Naturópatas**

VII. Hoja de cotejo de solicitud de examen

| mbre del Aspirante: | | | | 10 69 of |
|--|--|--|---|-------------------------------|
| 1. Solicitud debidamente cumplim | nentada y juramentada. | | | |
| 2. Original y Copia del Certificado | o de Nacimiento. | | | |
| 3. Evidencia de domicilio (recibo | de agua, luz, teléfono, | , etc.) | | |
| 4. Certificado de Antecedentes P pertinentes en las jurisdicciones donde el de expedido). O sea, si el aspirante a exa Estados Unidos, además de la certificacion | aspirante vivió durant amen vivió el último a | e los últimos 5 a ño en PR, pero | ños. (no más de el año anterior v | 30 días |
| 5. Transcripción de Créditos Cacadémica en estudios generales y cienciuna institución universitaria acreditada y otra institución acreditadora reconocida de Educación o por la Junta Examinadora Química y Física General y Botánica. | ias naturales básicas o reconocida por el Cons por la Oficina de Reg | un bachillerato sejo de Educació istro y Licencia | en ciencias natur on de PR o por cu miento de Institu | ales de alquier aciones |
| 6. Transcripción de Créditos de procompletado, que confiera un grado acadé Académica reconocida por la Oficina de por la Junta Examinadora de Naturópata Fisiología Humana, Química Orgánica, E | emico profesional en Ci e Registro y Licencian es de PR. Su preparació | iencias Naturopa niento de Institu ón debe incluir o | áticas de una Inst aciones de Educa | itución ación o |
| 7. El pago de examen es de \$200 postal o cheque de gerente a nombre del VISA ó MasterCard. En adición una vez a Test Innovations Inc. | Secretario de Haciend | a. Puede pagar o | on ATH (sin log | gotipo), |
| | 6 | Ode | | |
| Recibido por: | Fecha | de recibo: | SEST | nom |