



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 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.

DECLARACIÓN JURADA

NOMBRE COMPLETO DEL ASPIANTE (LETRA DE MOLDE)

Seguro Social _XXX-XX-_____ e identificado mediante _____

**Fotografía
reciente tamaño
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: _____

Sello Notarial----- >

SELLO DEL
NOTARIO



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 Naturópatas

I. Historial Personal

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

Nombre: _____ / _____ / _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Correo Electrónico: _____ (requerido) Ciudadanía: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Fecha y lugar de Nacimiento _____, _____
(Día/Mes/Año) Lugar

II. Historial de Conducta Profesional y Personal

	Si	No
1. ¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave que implique depravación moral? Indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad o estado) _____		
2. ¿Padece usted de alguna enfermedad mental? Explique en hoja aparte.		
3. ¿Utiliza usted drogas o alcohol de forma tal que afecte su competencia profesional? Explique hoja aparte.		
4. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE.UU.?		
5. ¿Posee alguna licencia profesional? Número de Licencia: _____ Jurisdicción (ciudad o estado): _____		
6. ¿Ha fracasado alguna vez en un examen de reválida? Lugar del examen: _____ Fecha del examen: _____ Profesión: _____		
7. ¿Ha obtenido o intentado obtener una licencia para practicar cualquier profesión reglamentada por ley mediante fraude o engaño?		



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 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?		
10. ¿Ha sido declarado incapacitado por un tribunal competente o Seguro Social?		
11. ¿Ha sido convicto por practicar ilegalmente la Naturopatía o cualquier profesión reglamentada por la ley en Puerto Rico o en cualquier jurisdicción?		
12. ¿Se le ha revocado una licencia para practicar en cualquiera de las ramas de la salud? Profesión: _____ Razón: _____		
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?		
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: _____

2. Información donde estudió el Post grado (indique hasta 2, si aplica)

- a. Institución Académica: _____
Año de Graduación: _____
Concentración: _____



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 Naturópatas

b. Institución Académica: _____

Año de Graduación: _____

Concentración: _____

IV. Referencias Personales y Conducta Moral

Para ser firmados por tres (3) personas mayores de edad, que no sean familiares ni vivan con el solicitante, que puedan dar fe de su buena conducta moral.

Los firmantes **Certificamos** a la Junta Examinadora de Naturópatas de Puerto Rico, que conocemos personalmente a _____ y que nos consta, que es persona

Nombre del aspirante en letra de Molde

responsable, respetable y de buena conducta moral, por tanto, le consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Naturópata con la licencia y requisitos correspondientes.

1. Nombre completo: _____

Profesión: _____

Dirección Postal: _____ P.R.00 _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma: _____

2. Nombre completo: _____

Profesión: _____

Dirección Postal: _____ P.R.00 _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma: _____

3. Nombre completo: _____

Profesión: _____

Dirección Postal: _____ P.R.00 _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma: _____



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@salud.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).



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 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 www.revalidasonline.com 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 www.revalidasonline.com, 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).



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 Naturópatas

VII. Hoja de cotejo de solicitud de examen

Nombre del Aspirante: _____

- _____ 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.
- _____ 6. Transcripción de Créditos de programa de **estudios post-graduado (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 examen es de \$200.00 **NO REEMBOLSABLES**. (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.

Recibido por: _____

Fecha de recibo: _____