



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN EN UN AREA DE CUIDADO DE ENFERMERIA

___ BSN ___ ESP

DECLARACIÓN JURADA

ADHIERA FOTO
AQUÍ
2X2
AUTOGRAFIADA

COMPARECE _____ bajo el más formal juramento, mayor de edad, estado civil _____, profesión _____, y vecino de _____.

1. Expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que contienen la misma son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada **recientemente**-----
2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Enfermería pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado **falsamente**-----
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Enfermería información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta solicitud. -----

Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ___ de ___ año _____

En _____, _____ por _____

Affidavit No. _____

A quien doy Fe de haber identificado mediante _____

Firma de Notario: _____

SELLO DE
ASISTENCIA LEGAL





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Información Personal

Nombre completo:

_____ *Apellidos*

_____ *Nombre*

Dirección:

_____ *Dirección Postal*

_____ *Pueblo*

_____ *País*

_____ *Código postal*

Teléfono:

_____ **Correo electrónico:** _____

Fecha de Nacimiento:

_____ *mm/dd/yyyy*

Lugar de Nacimiento:

_____ *Pueblo o País*

Número de Seguro Social:

Género:

___ Femenino

___ Masculino

Ciudadanía:

___ Estados Unidos de América

___ Otra (*especifique*)

Indique Núm. Tarjeta de Residente



**Información Académica**

<input type="checkbox"/> Práctica/o (LPN) <input type="checkbox"/> Asociado (ADN) <input type="checkbox"/> Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
<input type="checkbox"/> Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
Práctica Avanzada <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> NP Family <input type="checkbox"/> NP Acute Care <input type="checkbox"/> Partera	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		

Información Profesional

¿Tiene o ha tenido licencia de Enfermería en Puerto Rico u otra jurisdicción de los EE. UU.?		
Si la respuesta es afirmativa, indique estado/territorio en el cual tiene o ha tenido licencia para ejercer la Enfermería.		
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	
¿Tiene o ha tenido Licencia para ejercer cualquier otra profesión?		
Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente para cada profesión.		
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra: _____	





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERIA

(Deberá ser completado por el/ la directora/a o el/la Registrador/a del programa)

UTILICE TINTA AZUL

1. Nombre del solicitante _____
2. Colegio o Universidad _____
3. Dirección _____
4. Área de Especialidad _____
5. Fecha en que fue admitido/a en el programa _____
6. Fecha en que completo los requisitos de estudio del programa _____
7. Horas completadas _____

CERTIFICO que esta información es correcta y exacta, según el expediente académico del solicitante, cuyo nombre aparece en el **encasillado 1**; que el programa tiene una duración de ____ años académicos, que el/la solicitante completo el programa y recibió el grado académico.

(SELLO DE LA
INSTITUCION)

Nombre _____

Título _____

Fecha _____

Firma _____

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

ACCIÓN DE PERSONAL ORCPS

Numero de certificado otorgado en: _____

Fecha de otorgación_____

Firma de Presidente o Representante Autorizado_____

SELLO DE RECAUDO:





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

INSTRUCCIONES

Toda persona que presente ante la Junta Examinadora de Enfermería una solicitud para obtener una **Certificación en un Área de Cuidado**, según establecido en el Reglamento 9104, Capítulo IX Regla 1 del 9 de agosto de 2019, deberá someter prueba por escrito de haber completado un programa de estudios en el área de cuidado que solicita. Esta certificación deberá ser renovada por el profesional de cada tres (3) años en conjunto con la licencia profesional. Se requerirán diez (10) horas de Educación Continua en el Área de cuidado para renovar su certificación.

REQUISITOS

El aspirante que solicite a la Junta Examinadora la expedición de una certificación para ejercer como Enfermera o Enfermero en un área de cuidado en enfermería deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Coordinar cita para la entrega de documentos a través de **turnospr.com**
2. Radicar ante la Junta una solicitud de certificación con la información requerida en todas sus partes y juramentada ante un Notario Público.
3. Copia de la licencia permanente de Enfermero(a) Especialista o Generalista, debidamente registrada y recertificada para ejercer en Puerto Rico.
4. Someter transcripción oficial de crédito o certificación con el número de horas de teoría y práctica requeridas por el programa de estudios.
5. Original del certificado de antecedente penales negativo expedido por la Policía de Puerto Rico *con vigencia de 30 días y su validación* o del lugar donde ha estado residiendo durante los últimos 5 años.
6. **Pago de treinta \$30.00** ATH, giro postal o bancario a nombre del *Secretario de Hacienda*, por concepto de evaluación de documentos y expedición de certificación. **El pago no es reembolsable**
7. Sobre con sello pre-dirigido con dirección postal.

Secretaria Área de Cuidado - rosario.stephanie@salud.pr.gov

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov