



DEPARTAMENTO DE

# SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

## SOLICITUD PARA RECERTIFICAR LICENCIA PERMANENTE VENCIDA POR MAS DE DOS TRIENIOS E INACTIVACIÓN

### Requisitos Generales

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

Categoría: \_\_\_\_\_

# Lic.: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Presentar ante la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea y las razones por las cuales no se renovó la licencia a tiempo *\*páginas 3 y 4\**

**Aquellas solicitudes que sean juramentadas fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del “County Clerk”.**

***NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.***

\_\_\_ Presentar identificación válida en Puerto Rico. (*Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real ID*). Copia de ID con foto | Autorización de la persona que vaya a entregar la solicitud.

\_\_\_ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR (*con vigencia de 30 días junto a su validación*). **Todo profesional que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su Solicitud deberá presentar el original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.**

\_\_\_ Certificación de Credenciales e Historial delictivo. (**PUERTO RICO BACKGROUND CHECK PROGRAM**) Deberá acceder al portal de salud o link (<https://www.salud.pr.gov/CMS/417>).

Para más información llamar a: (787) 765-2929 ext. 6816/ 9032

\_\_\_ Al momento de entregar solicitud debe presentar la Certificación de Negativa de ASUME o plan de pagos, *su vigencia es de 30 días.*

\_\_\_ Deberá presentar evidencia de educaciones continuas correspondientes al último trienio vencido.

***\*DE ACUERDO CON SU CATEGORIA\****

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

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

Entregado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Gestor \_\_\_ Candidato

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

## Información Personal

Nombre completo:

Apellidos

Nombre

Dirección:

Dirección Postal

Pueblo

País

Código postal

Teléfono:

Correo electrónico:

Número de licencia:

Fecha de último  
vencimiento:

Categoría de licencia:

mm/dd/yyyy

### ¿Posee licencia activa de otro estado?

- Si poseo otra(s) licencia(s) activa(s) de otros estados.  
\*deberá presentar Goodstanding y copia de la licencia vigente\*

En caso afirmativo, especifique:

Tipo de licencia / Especialidad:

Número de licencia:

Estado o Jurisdicción:

Fecha de expiración:

- No poseo otra(s) licencia(s) activa(s) de otro estado.

- ¿Posee usted alguna otra licencia en Puerto Rico de mayor categoría?  Si  No

Categoría: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

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

## Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

### SOLICITUD PARA RECERTIFICAR LICENCIA PERMANENTE VENCIDA POR MAS DE DOS TRIENIOS E INACTIVACIÓN

LPN  ADN  BSN  ESP  PA  NP

Propósito de la solicitud:

Avalúo de Competencias y Conocimientos

### DECLARACIÓN JURADA

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 y que las declaraciones que contienen la misma son verídicas. -----
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: \_\_\_\_\_



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**

### **Razones por las cuales no se renovó la licencia a tiempo**

*\*Explique brevemente las circunstancias o motivos a no renovar su licencia (problemas personales, financieros, familiares etc.)\**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



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