



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 DE LICENCIA DE ENFERMERIA LPN ADN BSN ESP PA NP

Licencia
Mediante:

- Examen de Reválida de PR
- Práctica Avanzada y "Nurse Practitioner"**
- Anestesia
- Familia
- Cuidado Agudo en Gerontología - Adulto

- Cambio de categoría (*ADN a BSN*)
- Endoso
- Extranjero
- Maestría Especialidad

Propósito de la solicitud:

¿Ha tenido licencia provisional anteriormente?

SI NO

Trabajo Estudio Educador

DECLARACIÓN JURADA

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

ADHIERA FOTO
AQUÍ
2X2
AUTOGRAFIADA

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

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:** _____

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

Acomodo Razonable:

___ SI ___ NO

****En caso afirmativo, favor de anejar documento para Acomodo Razonable****

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov

**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: _____	





Historial de Conducta Profesional y Personal

	SI	NO
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____		
2. ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional		
3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Enfermera/o en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.?		
4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o por el Seguro Social?		
5. ¿Está física o mentalmente capacitado/a para prestar servicios de enfermería con razonable habilidad, seguridad y competencia?		
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta su competencia profesional?		
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.?		
8. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de la enfermería o cualquier otra profesión?		
9. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional?		

****Si respondió "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores, a excepción de la pregunta cinco, incluya explicación en un documento separado****





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Certificado de Buena Conducta Moral

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, **NO familiar del solicitante**)

Los abajo firmantes, **CERTIFICAMOS** a la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es una persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual consideramos apta para ejercer la profesión de Enfermería.

Nombre:

Dirección:

Profesión y Núm. de Licencia:

Número de años que
conoce al candidato:

Firma

Nombre:

Dirección:

Profesión y Núm. de Licencia:

Número de años que
conoce al candidato:

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

CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

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

UTILICE TINTA AZUL

1. Nombre del Solicitante _____
2. Colegio o Universidad _____
3. Dirección _____

4. Grado de Enfermería _____
5. Concentración clínica y Rol _____
Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista, Practica Avanzada, NP
Roles: Educación, Administración y Manejo de Casos
6. Fecha en que fue admitido/a o clasificado/a en el programa _____
7. Fecha en que completó los requisitos de estudio del programa _____
8. **Observaciones:** Si el estudiante finalizo en menos tiempo de la duración del programa por convalidación u otra (Explique): _____
9. Cantidad de horas de práctica clínicas realizadas para obtener el grado: _____

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 completó el programa y recibió el grado académico.

(SELLO DE LA INSTITUCIÓN)

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

CERTIFICADO MÉDICO

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? SI NO

- ✓ Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
- ✓ En caso contrario, entregue el siguiente certificado médico.

YO, _____ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____ encontrándole en buen estado general de salud (*física y mental*) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Médico

Fecha

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 DE ORCPS

 LPN ADN BSN ESP PA NP

Número de Licencia Provisional (si aplica): _____

Firma de la secretaria que realiza Licencia Provisional: _____

Número de Licencia Permanente: _____

Firma de la secretaria/o que realiza Licencia Permanente: _____

ACCIÓN DE JUNTA

Firma Licencia Provisional: _____

Fecha: _____

Firma Licencia Permanente: _____

Fecha: _____

SELLO DE RECAUDO:

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

HOJA INFORMATIVA PARA CANDIDATO A REVÁLIDA

1. Tengo el deber ético de proteger la seguridad y validez del examen de reválida de enfermería creado por la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico (JEEPR).
2. La divulgación del contenido del examen a cualquier persona, organización, compañía u otra entidad bajo cualquier procedimiento, constituirá una violación a la ética profesional robo del examen. Cualquier persona que se encuentre culpable de tal violación estará sujeta a la invalidación de su puntaje. La Junta podrá prohibir al candidato futura admisión al examen.
3. Este examen y los ítems que contiene son propiedad exclusiva de la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico.
4. El robo o intento de robo de un examen o de ítems de un examen es sancionable como delito grave y puede resultar en penas civiles o sanción profesional. Reconozco que violar mis obligaciones, según detalladas en esta declaración, me expone y hace responsable por los daños y perjuicios causados a la JEEPR y por los costos legales incurridos por la JEEPR para preservar sus derechos.
5. Este examen y los ítems que contiene están protegidos por la ley de propiedad intelectual y constituyen información valiosa y confidencial cuya divulgación causaría daño a la JEEPR. Este examen no podrá ser copiado o reproducido en forma total o parcial por ningún medio en absoluto, incluyendo la memorización e informe posterior de los ítems, temas de los ítems o el contenido del examen, a menos que así lo haya autorizado previamente la JEEPR.
6. Mi participación en cualquier irregularidad que ocurra antes, durante o después de la administración de este examen, como dar u obtener información o ayuda no autorizada, evidenciada por observación o análisis estadísticos subsiguientes, puede resultar en la cancelación de mi participación, invalidación de los resultados de mi examen u otra acción apropiada.
7. Mis datos demográficos y puntajes serán utilizados en conjunto con los otros candidatos para propósitos de investigación e informes. La JEEPR y la compañía que ésta contrate para la valoración y evaluación del examen, no compartirán, con individuos u organizaciones que lleven a cabo investigaciones, información alguna que pudiera identificarme personalmente. Sin embargo, mis resultados individuales serán enviados a la Institución de donde me gradué.

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

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE.

Información Personal:

_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
_____	_____	F	<input type="checkbox"/>
Seguro Social	Fecha de Nacimiento	M	<input type="checkbox"/>
Últimos 4 dígitos	dd/mm/yyyy	Dirección Postal:	
Ciudadanía: _____	_____		
Teléfono Celular: _____	_____		
Correo electrónico: _____	_____		

<u>Categoría:</u>	
<input type="checkbox"/> Práctica	Práctica Avanzada y "Nurse Practitioner"
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Anestesia
<input type="checkbox"/> Generalista	<input type="checkbox"/> Familia
	<input type="checkbox"/> Cuidado Agudo en Gerontología - Adulto
Número de intento: _____	¿Tiene derecho a licencia provisional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Institución de Procedencia: _____
Pueblo Institución

Acomodo Razonable: Si No ¿Qué tipo de acomodo solicita? _____

Fecha de Terminación de Estudios: _____ Periodo de Examen: P V O I
dd/mm/yyyy

Firma del candidato: _____ Fecha: _____



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Categoría: _____

Requisitos Generales

(USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA)

Nombre: _____

Convocatoria: __ Primavera __ Verano __ Otoño __ Invierno

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

___ Presentar identificación válida en Puerto Rico
Copia de Id con foto/ Autorización de la persona que vaya a entregar la solicitud.

___ Foto tamaño 2 X 2 **adherir según corresponde**

___ Pago de \$ _____ por concepto de solicitud **El pago no es reembolsable**

___ Transcripción de Crédito y Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente a la Junta desde la institución donde obtuvo el grado académico. Egresados de instituciones extranjeras (*fuera de los EE. UU. y sus territorios*) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta. **Dirección Postal:** Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico: **PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200**

___ Carta oficial de la oficina de la registradora que indique Especialidad y el Rol funcional.
Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista o Practica Avanzada en Anestesia

___ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR y *con vigencia de 30 días (con su validación)*. **Todo candidato 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.**

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

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

___ Certificado de Nacimiento (*original y copia*) expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos, **presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos.**

___ Certificación de haber completado la Escuela Superior emitida por el Departamento de Educación de PR o Diploma de Escuela Superior (*original y copia*)

Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Práctica(o)

___ Copia de la licencia permanente y copia del certificado de registro.

Solamente aplica para cambio de categoría y/o maestría

___ Dos sobres pre-dirigidos con sello.

___ Solicitud para Acomodo Razonable, *si aplica.*

- Coordinar cita para la entrega de documentos a través de **turnospr.com**
- **No se aceptarán solicitudes incompletas.**
- **La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.**

PAGOS POR CONCEPTOS DE SOLICITUD PARA EXAMEN:

- Solicitud de Reválida y Licencia Provisional en todas las categorías (LPN/BSN/ASOC/PA-ANESTESIA/NP) **\$50.00**
- Solicitud Cambio de Licencia Enfermera(o) Asociado a Generalista **\$50.00**
- Solicitud de Enfermera (o) Especialista (Maestría) **\$30.00**

Recibido por: _____ Fecha: _____

Entregado por: _____ Gestor Candidato

Secretaria JEEPR – lmquinones@salud.pr.gov

Goodstanding – jorge.chaparro@salud.pr.gov

Práctica/LPN | Cambio ADN a BSN- ninoshka.encarnacion@salud.pr.gov

Asociado/ADN - jeannette.flores@salud.pr.gov

Generalista/BSN - stephanie.torres@salud.pr.gov

Especialista/Nurse Practitioner/Pract. Avanzada Anestesia carlos.soto2@salud.pr.gov

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov