



**SOLICITUD DE EXAMEN Y/O OBTENCIÓN DE LICENCIA PARA TECNÓLOGOS EN
ULTRASONIDO (SONOGRAFÍA)**

Física Cardíaco Diagnóstico General Vasculár

El candidato podrá solicitar el examen para la obtención de licencia permanente de Tecnólogos en Ultrasonido Médico de Diagnostico General, Vasculár y/o Cardíaco únicamente luego de aprobar el examen de Física.

Mediante Examen

Mediante Convalidación

Nombre del solicitante: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____

Celular

Alternos

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Comparece _____, mayor de edad,

Nombre completo del solicitante

vecino de _____ e identificado mediante _____

Número de identificación provista

debidamente juramentando expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verdícas y que la fotografía adjunta es de mi persona tomada recientemente.

Acepto y entiendo que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

**ADHIERA
FOTO 2X2
AQUÍ**

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Firma del solicitante

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ del año _____
en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y los requisitos educativos especificados en la Ley Número 76 del 12 de abril de 2006, según enmendada, y en base a los reglamentos registrados en el Departamento de Estado o Resoluciones dispuesta por la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos Radioterapia de Puerto Rico.



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes
de Diagnóstico y Tratamiento y Tecnólogos en Radioterapia**

INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí _____ No _____
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).
2. De acuerdo con Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.
¿Necesita Acomodo Razonable?: Si _____ No _____
(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)
¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Institución: _____
Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Tiene licencia en algún estado de los Estados Unidos? Sí _____ No _____
Si su contestación es afirmativa, favor indicar el estado y estatus de su licencia.

- a) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____
- b) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____
- c) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL

1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, indique:
Fecha: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____
Naturaleza del delito: _____
2. ¿Ha sido indultado? Sí _____ No _____ Utilice pliego aparte para información adicional.
3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Radiología en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o por el Seguro Social? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes
de Diagnóstico y Tratamiento y Tecnólogos en Radioterapia**

5. ¿Está física o mentalmente capacitado/a para prestar servicios de Radiología con razonable habilidad, seguridad y competencia? Sí _____ No _____
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta su competencia profesional? Sí _____ No _____
Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.?
Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
8. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de radiología o cualquier otra profesión? Sí _____ No _____
Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
9. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional? Sí _____ No _____
Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.

CERTIFICADO DE BUENTA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos profesionales de la salud, **NO FAMILIARES**)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Radiología.

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Profesión y Número de Licencia Profesional

Profesión y Número de Licencia Profesional

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Número de años que conoce al solicitante

Número de años que conoce al solicitante

Firma

Firma



Formulario de Solicitud de Examen de Reválida – Didaxis

Favor de llenar en letra de molde.

Información Personal:

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nombre _____

Inicial _____

Seguro Social _____

*últimos 4 dígitos

Fecha de nacimiento _____

dd/mm/yyyy

Género:

Femenino

Masculino

Ciudadanía: _____

Teléfono celular _____

Teléfono alternativo _____

Correo electrónico _____

Dirección Postal:

Ciudad

País

Código Postal

Examen que solicita:

Física

Cardíaco

Diagnóstico General

Vasculares

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

recinto

año graduación

Grado Obtenido: _____

Acomodo razonable: Sí No

En caso afirmativo completar y anejar la solicitud de Acomodo Razonable

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____



REQUISITOS GENERALES PARA PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD – SONOGRAFÍA

Nombre del solicitante: _____

_____ Física _____ Cardíaco _____ Diagnóstico General _____ Vascular

_____ Mediante Examen _____ Mediante Convalidación

1. Presentar ante la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso y/o formato que a sus efectos la Junta provea adherir según corresponde una foto 2x2. 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 ni firmas digitales.**
2. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte) Todo solicitante deberá ser mayor de dieciocho (18) años.
3. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.
4. **Original** Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
5. **Original y copia** del Certificado de Nacimiento 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.
6. **Original** Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
7. **Original** de la Certificación de Grado y/o **original y copia** del Diploma del Grado en Sonografía.
8. Transcripción de Créditos Oficial enviada 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 a la siguiente dirección postal:

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908-0200**

9. **Original y copia** de los Resultados de Reválida Física (**aplica para solicitar examen de general, vascular o cardíaco**).



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes
de Diagnóstico y Tratamiento y Tecnólogos en Radioterapia**

10. Un (1) sobre con sello pre-dirigido con la dirección postal del candidato en el centro.
11. Pago correspondiente por la cantidad de cuarenta dólares (\$40.00) por concepto de solicitud. **Pago no reembolsable**. Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda
12. Solicitud para Acomodo Razonable (si aplica). Este documento se encuentra disponible para imprimir en Tecnólogos Radiológicos en Imágenes (pr.gov). De la Junta aprobar el acomodo razonable solicitado, este documento será compartido con la compañía Didaxis a través de un protocolo confidencial para establecer el mismo.

REQUISITOS CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (ARDM) (CCI)

Deberá someter los documentos requeridos establecidos del 1-10 en adición de los siguientes documentos:

- a) **Original y copia** del Certificado de Aprobación.
- b) **Original y copia** de los Resultados del Examen (Passing Score Report).
- c) **Original y copia** de los Resultados de Reválida Física (**aplica para solicitar examen de general, vascular o cardiaco**).
- d) Pago correspondiente por la cantidad de ochenta dólares (\$80.00) por concepto de solicitud por convalidación. **Pago no reembolsable**.

ADVERTENCIAS

- La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de evaluar el expediente.
- Solicitudes incompletas serán denegadas de plano. Esta solicitud consta de seis (6) páginas.
- En el caso que usted no pueda gestionar personalmente el trámite, se requiere que emita una carta autorizando a un gestor para que efectúe los trámites correspondientes. El gestor deberá presentar una identificación con foto vigente y una copia de la identificación con foto vigente del solicitante.
- Esta solicitud está sujeta a la aprobación de la Junta Examinadora.
- El solicitante cuya solicitud sea denegada, podrá solicitar una reconsideración dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación, o podrá solicitar la celebración de una vista adjudicativa formal para dilucidar el asunto dentro de los treinta (30) días de haber sido notificado de la decisión.

Recibido por: _____ Fecha: _____

Enlace para coordinar cita mediante TurnosPR
<https://profesionalesdelasalud.turnospr.com>



Enlace para acceso al portal de Juntas Examinadoras
<https://www.salud.pr.gov>

