



**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 su contestación es 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: _____ |

¿Tiene Certificación de Especialidad para ejercer cualquier otra modalidad? (CT, MRI, Mamografía, Angiografía, Densitometría Ósea)?

Si la respuesta es afirmativa complete la siguiente información para cada especialidad.

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| a) Especialidad: _____ | Núm. de Certificado.: _____ |
| b) Especialidad: _____ | Núm. de Certificado.: _____ |
| c) Especialidad: _____ | Núm. de Certificado.: _____ |

**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.



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

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.
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 BUENA 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 alterno

Correo electrónico

Dirección Postal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad

País

Código Postal

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

**Examen que solicita:**

Densitometría Ósea

Mamografía

Resonancia Magnética

Sistema Cardiovascular/ Periferovascular

Tomografía Computarizada

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS GENERALES PARA PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD – ESPECIALIDAD**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Densitometría Ósea** \_\_\_\_\_ **Mamografía** \_\_\_\_\_ **Resonancia Magnética (MRI)**\_\_\_\_\_ **Sistema Cardiovascular/Periferovascular (Angiografía)** \_\_\_\_\_ **Tomografía Computarizada (CT)**

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. **Original y copia** de identificación con foto vigente. (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 y copia** de la Licencia Profesional de Tecnólogo Radiológico.
8. **Original y copia** de la Certificación de Registro vigente de Tecnólogo Radiológico.
9. **Original** de la Certificación de Grado y/o **original y copia** del Diploma de especialidad.
10. 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**

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA**División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes  
de Diagnóstico y Tratamiento y Tecnólogos en Radioterapia**

11. Un (1) sobre con sello pre-dirigido con la dirección postal del candidato en el centro.
12. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares (\$30.00) **POR CADA MODALIDAD** 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.
13. Solicitud para Acomodo Razonable (si aplica). Este documento se encuentra disponible para imprimir en [Tecnólogos Radiológicos en Imágenes \(pr.gov\)](http://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 (ARRT) ESPECIALIDAD**

Deberá someter los documentos requeridos establecidos del 1-11 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) 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 siete (7) 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.
- No se aceptan firmas digitales.

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>