DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS RADIOLOGICOS EN ÍMAGENES DE DIAGNOSTICO Y TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y/O OBTENCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

_____ Densitometría Ósea _____Mamografía _____Resonancia Magnética (MRI)

_____Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) _____Tomografía Computarizada (CT)

DECLARACIÓN JURADA

ADHIERA

FOTO AQUÍ

2X2

COMPARECE _____ Bajo el más formal juramento
Nombre completo del solicitante

mayor de edad, vecino de _____ _____ e identificado mediante _____

1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud, que las declaraciones que la misma contiene 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 Tecnólogos Radiologicos 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**----------
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.----------

_____
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE Ml, hoy día ___ de _____ año _____
En _____, bajo mi firma y sello

SELLO DE
ASISTENCIA LEGAL

Affidavit No. _____

_____
Firma de 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 dispuestas por la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		
Dirección Postal:		
Teléfono:		
Correo Electrónico:		
Género: __Femenino __Masculino	Ciudadanía: __Estados Unidos de América __Otra (especifique)	Acomodo razonable: __SI __ NO **En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable**

INFORMACIÓN ACADÉMICA		
Grado Obtenido	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación

INFORMACIÓN PROFESIONAL		
¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión? Ejemplo: Licencia de Tecnólogo Radiológico		
Profesión	Núm. de Licencia o Certificación	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: __Activa __Inactiva __Otra: _____	
¿Tiene Certificación de Especialidad para ejercer cualquier otra modalidad (CT, MRI, Mamografía, Angiografía, Densitometría Ósea)? Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada especialidad.		
Profesión	Núm. de Certificación	Fecha en que fue conferida
Profesión	Núm. de Certificación	Fecha en que fue conferida
Profesión	Núm. de Certificación	Fecha en que fue conferida

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL

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

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 Tecnólogos Radiologicos 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 la consideramos apta para ejercer la profesión de Radiología/Modalidades.

Nombre	/ **Firma:**
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	

Nombre	/ **Firma**:
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Información Personal:

_____ _____ _____ _____

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | Inicial

_____ _____

Seguro Social Últimos 4 dígitos | Fecha de Nacimiento dd/mm/yyyy

Género:
__Femenino
__Masculino

Ciudadanía:
___Estados Unidos de América
___Otra (especifique)

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico:
_____

Dirección Postal: _____
_____
_____

Examen que solicita:

___Densitometría Ósea

___Mamografía

___Resonancia Magnética

___Sistema Cardiovascular/ Periferovascular

___Tomografía Computarizada

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ Recinto: _____
Pueblo

Acomodo Razonable: __Si __No___ **En caso de afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable.**

Fecha de Terminación de Estudios: _____ Grado Obtenido: _____

Firma del candidato: _____ Fecha: _____

REQUISITOS GENERALES
(USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA EXAMINADORA DE RADIOLOGIA)

Nombre: _____

___ Densitometría Ósea ___Mamografía ___Resonancia Magnética (MRI)

___Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) ___Tomografía Computarizada (CT)

___1. Presentar ante la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea (adherir según corresponde 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.

___2. Todo aspirante deberá ser mayor de 18 años. Deberá presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).

___3. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR. No más de treinta (30) días previos a la fecha de radicación.

___4. Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) (Impreso) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.

___5. Certificado de Nacimiento (presentar 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.

___6. Presentar Original y copia de la licencia de Tecnólogo Radiológico.

___7. Presentar Original y copia de la Certificación de Registro vigente de Tecnólogo Radiológico.

___8. Un sobre con sello pre-dirigido con la dirección postal del aspirante.

___Presentar Original de la Certificación de Grado y\o Diploma de Especialidad.

___9. 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. Dirección Postal de la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiologicos de Puerto Rico: **PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200.**

___10. Realizar pago de $30.00 (por cada modalidad) por concepto de Solicitud. Puede ser en giro postal a nombre del secretario de Hacienda o por sistema de ATH. **El pago no es reembolsable.**

___12. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica. De ser aprobado el acomodo por la Junta, este documento será compartido con la compañía Didaxis a través de un protocoló confidencial para establecer el mismo. Este documento se encuentra disponible para imprimir en Tecnólogos Radiológicos en Imágenes (pr.gov)

CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN (AART)

Deberá de someter los documentos del 1-9 en adición a los siguientes documentos:

___Original y copia del certificado de aprobación.

___Original y Copia de los resultados de reválida (Passing score report).

___Efectuar un pago de $80.00 por concepto de Solicitud en giro postal a nombre del secretario de Hacienda o el sistema de ATH, ubicada en la División de Recaudación**.** El pago no es reembolsable.

ADVERTENCIAS

- En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a iris.gonzalez@salud.pr.gov
- En el caso en que usted no pueda gestionar personalmente el trámite, se requiere emita una carta autorizando a un gestor para que efectúe los trámites correspondientes, el gestor deberá presentar una identificación con foto y una del candidato.
- La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.
- Solicitudes incompletas serán denegadas de plano (incluyendo información de
- El recibo de esta solicitud está sujeta a la aprobación de la Junta Examinadora.
- El solicitante cuya solicitud sea denegada podrá pedir 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.
- Esta solicitud consta de 6 páginas.

Recibido por: _____ Fecha: _____

Entregado por: _____ ____ Gestor ____ Candidato

Rechazada por: _____ Fecha: _____

Coordina tu cita en TurnosPR
https://r8citas.turnospr.com/?companyid=166

Página de Juntas Examinadoras
https://www.salud.pr.gov/