



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RE-EXAMEN ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD

(Favor de escribir en letra de molde)

ADHIERA
FOTOGRAFIA
AQUÍ
2 X 2

NOMBRE : _____
APELLIDOS NOMBRE INICIAL

DIRECCION POSTAL : _____

TELEFONOS : ☐ Residencia _____ ☐ Celular _____

LUGAR DE TRABAJO : _____

POSICION : _____ Tel. Trabajo _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DESEO TOMAR EL EXAMEN EN: _____ ESPAÑOL _____ INGLÉS

SOLICITO ACOMODO RAZONABLE: _____ SI _____ NO (En caso de afirmativo, deberá presentar evidencia médica que especifique el acomodo que solicita)

Firma del solicitante

Fecha

REQUISITOS: Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:

_____ 1. **ORIGINAL** de Certificado de Antecedentes Penales, expedido dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha del examen.

_____ 2. **UN SOBRE** en blanco con sello postal.

_____ 3. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** Pago por derecho a examen, ofrecido por la Compañía Didaxis por la cantidad de **\$85.00** dólares (No reembolsables).

_____ 5. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** por la cantidad de **\$15.00** no reembolsable

_____ 4. **Certificación adjunto**, favor de cumplimentarla y firmarla.

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

PO Box 10200 .San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 3496 Email: leynie.perez@salud.pr.com



Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN

Por lapresente yo, _____

Certifico que he cumplido cabalmente con lo establecido en la Ley Núm. 165 del año 2004, la cual establece entre sus secciones lo siguiente:

Sección 2. – Se enmienda el Artículo 5 de la Ley Núm. 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada, para que se lea como sigue:

“Artículo 5. – Concesión de Licencias”

La Junta concederá licencia de administrador de Servicios de Salud a toda persona que apruebe un examen conforme a las normas adoptadas por la misma mediante reglamento y que en adición, cumpla con los demás requisitos establecidos por el Artículo 6 de esta Ley.

ANTE LO CUAL CERTIFICO, que, al aún no poseer licencia vigente como Administrador de Servicios de Salud emitida por la Junta Examinadora de Administrador de Servicios de Salud de Puerto Rico, no he hecho uso del título de licenciado o licenciada referente a Administrador de Servicios de Salud.

De lo antes dicho, doy fe hoy _____ de _____ de 20____, en _____, Puerto Rico.

Nombre, Inicial, Apellido Paterno, Apellido Materno

FIRMA (Bolígrafo tinta azul)

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO
PO Box 10200 .San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 Ext. 3496 Email: leynie.perez@salud.pr.com



Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Revalida JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

Información Personal:

_____ Primer Apellido	_____ Segundo Apellido	_____ Primer Nombre	_____ Inicial
_____ Seguro Social *Últimos 4 dígitos	_____ Fecha de Nacimiento dd / mm / yyyy	F ☐	M ☐

Ciudadanía: _____

_____ Teléfono Celular	_____ Teléfono Hogar	_____ Teléfono Trabajo
---------------------------	-------------------------	---------------------------

Email (Ejemplo: user@yahoo.com) _____

Información de Contacto:
Dirección Postal

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____
Proveedor de Repaso: _____

Para uso de la ORCPS: #Licencia Provisional: _____ Fecha: _____

visto Bueno: _____

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO
PO Box 10200 .San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 Ext. 3496 Email: leynie.perez@salud.pr.com



Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>