



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE REEXAMEN { } Y RENOVACIÓN LICENCIA PROVISIONAL { }

{ } **PARAMÉDICO**
{ } Teórico { } Práctica

{ } **BÁSICO**
{ } Teórico { } Práctica

Nombre: _____ / _____ / _____ / _____
Nombre Apellido paterno Apellido materno Inicial

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Dirección Postal: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

**Correo Electrónico (REQUERIDO) _____

Idioma en que tomará el examen: () ESPAÑOL () INGLÉS Acomodo razonable () SI () NO

FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: _____ NÚMERO DE INTENTOS: _____

IMPORTANTE: DE SER RENOVACIÓN DEBERA PRESENTAR COPIA DE LA LICENCIA VENCIDA CON EL PAGO.

____ 1. Original Certificado de Antecedentes Penales no más de 30 días a la fecha de radicar, expedido por la Policía de Puerto Rico. (Se acepta el documento expedido por internet: Deberá traer la Validación).

____ 2. Original Y Copia de la Tarjeta de C.P.R. STUDENT CARD (BLS) Se acepta solo Asociación Americana del Corazón y Rescatadores de Cruz Roja

____ 3. Pago por la cantidad de treinta (\$30.00), por admisión al examen el pago puede realizarse por giro postal a Nombre de SECRETARIO DE HACIENDA o por Sistema ATH. **DE SER RENOVACION APLICA UN ADICIONAL por la cantidad VEINTICINCO (\$25.00) DOLARES** por giro postal a Nombre de SECRETARIO DE HACIENDA o por Sistema ATH. (NO REEMBOLSABLE)

____ 4. Básico: **Certificación Médica** (provisto en la solicitud)

____ Paramédico: **Certificado de Salud** Original expedido por la Unidad de Salud Pública. (Válido por un año)

____ 5. Original y Copia de la Certificación del Curso Básico de Lenguaje de Señas (mínimo 32 horas.)

____ 6. Certificación de "Ley HIPPA a través de una institución académica o proveedor debidamente acreditado por la Junta. (No más de dos años de expedida)

____ 7. Dos (2) Sobres con sello con su dirección postal en el centro.

P.O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908

Junta Reguladora de Licenciamiento y disciplina de la Técnica de Emergencias Médicas de P.R.

Web: salud.pr.gov

Tel: 787-765-2929 ext 3496 leynie.perez@salud.pr.gov

Coordina tu cita en TurnosPR





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Solo para los Técnicos de Emergencias Médicas **Básico**

YO _____ médico
autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia permanente
número _____ expedida por la Junta de licenciamiento y
Disciplina Médica de Puerto Rico adscrita al Departamento de Salud.

Certifico que he examinado a: _____
encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o
condición o contagios.

Fecha: _____ Firma del Médico: _____

Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

Junta Reguladora de Licenciamiento y disciplina de la Técnica de Emergencias Médicas de P.R.

P.O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908

Junta Reguladora de Licenciamiento y disciplina de la Técnica de Emergencias Médicas de P.R.

Web: salud.pr.gov

Tel: 787-765-2929 ext 3496 leynie.perez@salud.pr.gov

Coordina tu cita en TurnosPR





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

INFORMACION 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 Alterno

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:
Dirección Postal

Examen a Tomar:

TEORICO PARAMÉDICO

TEORICO BASICO

PRIMAVERA () OTOÑO ()

Ciudad, País Código Postal

Acomodo Razonable: Si _____ No _____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ **Año de Graduación:** _____

P.O BOX 10200 SANTURCE, PR.00908
Junta Reguladora de Licenciamiento y disciplina de la Técnica de Emergencias Médicas de P.R.
Web: salud.pr.gov
Tel: 787-765-2929 ext 3496 leynie.perez@salud.pr.gov

Coordina tu cita en TurnosPR

