

Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud  
JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS RADIOLOGICOS EN IMAGENES DE DIAGNOSTICO Y  
TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA DE PUERTO RICO

**SOLICITUD DE ADMISION A EXAMEN Y OBTENCION  
DE LICENCIA PERMANENTE**

( ) Tecnólogos Radiológicos      ( ) Tecnólogos en Radioterapia

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, que reglamentan la profesión.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para anular la licencia, después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado

**DECLARACION JURADA**



Estado o Territorio \_\_\_\_\_

Ciudad de \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

y debidamente JURAMENTADO expone que es la p  
persona a quien refiere esta solicitud y por medio  
de la identificación \_\_\_\_\_ q

\_\_\_\_\_ y que  
las declaraciones que esta contiene son verídicas.  
La fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue  
tomada recientemente.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, Hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**  
**de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, bajo mi firma y sello.**

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL NOTARIO**

## DATOS PERSONALES

**EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGIENTES ENCASILLADOS EN LETRA LEGIBLE Y/O MAQUINILLA**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre      Inicial*

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **LUGAR:** \_\_\_\_\_  
*Mes      día      año      Pueblo /pals*

**SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_ **EMAIL** \_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL** \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS LEGALES

1. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*En caso negativo explique papel aparte y adjúntelo a la solicitud.*

2. ¿HA SIDO CONVICTO DE DELITO GRAVE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.*

3. ¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ADICCION A DROGAS, ALCOHOLISMO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ - *En caso afirmativo someta una certificación médica, explicando la condición de salud actual.*

4. ¿Usted padece de alguna CONDICION que requiera ACOMODO RAZONABLE para la reválida? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

*En caso afirmativo deberá someta una CERTIFICACION OFICIAL por el especialista de salud explicando la condición y a su vez brindar los acomodos razonables recomendados. .*

## PREPARACION ACADEMICA Y PROFESIONAL

### ESTUDIOS SECUNDARIA (Cuarto Año)

**Nombre de la Institución** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Grado Obtenido** \_\_\_\_\_ **Fecha de Obtención** \_\_\_\_\_

**EDUCACION UNIVERSITARIA (Grado Asociado o Bachillerato)**

**Nombre de la Institución** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Grado Obtenido** \_\_\_\_\_ **Fecha de Obtención** \_\_\_\_\_

## CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

Para ser firmadas por (2) dos profesionales de la Salud que puedan dar FE de sus cualidades profesionales y personales.

(1)

**Nombre del Solicitante** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia, que poseo Licencia Permanente Número \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos \_\_\_\_\_ (años). Que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de TECNOLOGOS RADIOLOGICOS/ TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA en Puerto Rico.

Firma: \_\_\_\_\_ Tel(Res): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ P.R. \_\_\_\_\_

(2)

Yo, \_\_\_\_\_, Certifico a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnostico y Tecnólogos en Radioterapia, que poseo Licencia Permanente Número \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ y que conozco personalmente al solicitante desde hace por lo menos \_\_\_\_\_ (años) Que me consta, y de mi propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le considero apto (a) para ejercer su profesión de TECNOLOGOS RADIOLOGICOS/ TECNOLOGOS EN RADIOTERAPIA en Puerto Rico.

Firma: \_\_\_\_\_ Tel(Res): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ P.R. \_\_\_\_\_

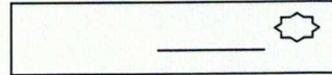
## **INSTRUCCIONES AL ASPIRANTE**

Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluirle los requisitos abajo mencionados .

- 1) **Original y Copia del Certificado de Nacimiento.**
- 2) **Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, No más de seis (6) meses de la fecha en que va ha radicar la solicitud. ( Se acepta documento expedido por la Internet adjunto con la validación)**
- 3) **Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.**
- 4) **Presentar Original y Copia del Diploma; y/o Transcripción y/o Certificación de haber completado Cuarto Año.**
- 5) **Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado Asociado o Bachillerato en Tecnología Radiológica o Imágenes.**
- 6) **Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado en Tecnología Radiológica y/o Imágenes. Deberá enviarse directamente de la Universidad o Colegio a la siguiente dirección :**

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos  
P.O. BOX 10200 Santurce, P.R. 00908-0200**

\_\_\_ 7. **Dos sobres con sello (PRE- DIRIGIDOS)**



8) **Presentar un pago de cuarenta (\$40.00) dólares por ADMISION a examen de reválida a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.**

**En relación a los Tecnólogos en Radioterapia deberá someter los documentos del 1-4 y el 7 y los siguientes documentos:**

1. **Original y Copia de la Licencia Permanente de Tecnología Radiológica.**
2. **Original y Copia de la Certificación de Registro Vigente de Tecnología Radiológica**
3. **Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por Médico Radiólogo y/o el Físico.**
4. **Presentar el Original del Horario de Práctica para evidenciarlas.**

**En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-6 y los siguientes documentos:**

1. **Original y Copia del Certificado de Aprobación.**
2. **Original y Copia de los Resultados de Reválida.**
3. **Original y Copia de la Tarjeta de Registro Vigente.**
4. **Presentar un \pago de ochenta (\$80.00) dólares a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.**

## HOJA DE COTEJO

Certifico que el Srta/Sr/Sra: \_\_\_\_\_

hizo entrega hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, los documentos

requeridos para optar por examen de reválida teórica que se ofrecerá

en \_\_\_\_\_. **RECIBIDA POR :** \_\_\_\_\_

\_\_\_ 1) Solicitud el día debidamente cumplimentado (Foto, Afidávit, Solvencia Moral).

\_\_\_ 2) Original y Copia del Certificado de Nacimiento.

\_\_\_ 3) Original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la  
Policía de Puerto Rico, No más de seis (6) meses de la fecha en que  
va ha radicar la solicitud. ( Puede presentar documento expedido por la  
Internet)

\_\_\_ 4) Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.

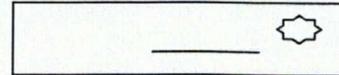
\_\_\_ 5) Presentar Original y Copia del Diploma; y/o Transcripción y/o  
Certificación de haber completado Cuarto Año.

\_\_\_ 6) Presentar Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del  
Grado Asociado en Tecnología Radiológica o Imágenes.

\_\_\_ 7) Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado en Tecnología  
Radiológica y/o Imágenes. Deberá enviar directamente de  
La Universidad o Colegio a la siguiente dirección :

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos**  
**P.O. BOX 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200**

\_\_\_ 8. Dos sobres con sello (PRE- DIRIGIDOS)



\_\_\_ 9) Presentar un pago de cuarenta (\$40.00) dólares por ADMISION a  
examen de reválida mediante un Giro Postal a nombre de  
SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH.

En relación a los Tecnólogos en Radioterapia deberá someter los documentos del 1-4  
y el 7 y los siguientes documentos:

\_\_\_ 1. Original y Copia de la Licencia Permanente de Tecnología Radiológica.

\_\_\_ 2. Original y Copia de la Certificación de Registro Vigente de Tecnología  
Radiológica

\_\_\_ 3. Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por Médico  
Radiólogo y/o el Físico.

\_\_\_ 4. Presentar el Original del Horario de Práctica para evidenciarlas.

En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los  
documentos todos del 1-6 y los siguientes documentos:

\_\_\_ 1) Original y Copia del Certificado de Aprobación.

\_\_\_ 2) Original y Copia de los Resultados de Reválida.

\_\_\_ 3) Original y Copia de la Tarjeta de Registro Vigente.

\_\_\_ 4) Presentar un pago de ochenta (\$80.00) dólares mediante un Giro  
Postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de  
ATH.