



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico  
y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico**

**SOLICITUD PARA RE-EXAMEN**

\_\_\_\_\_TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS      \_\_\_\_\_TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA  
\_\_\_\_\_ Re-examen Teórico      \_\_\_\_\_ Re-examen Práctico

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
(Mes)      (Día)      (Año)      (Pueblo\País)

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

**Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:**

- \_\_\_ Presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).
- \_\_\_ Certificado de Antecedentes Penales (impreso) expedido por la Policía de PR. No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación.
- \_\_\_ 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.
- \_\_\_ Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
- \_\_\_ Un sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.
- \_\_\_ Realizar pago de \$20.00 (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.
- \_\_\_ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- \_\_\_ Formulario de Solicitud de Examen de Revalida (adjunto).



**No se aceptan solicitudes incompletas.**  
**Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.**  
En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos 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: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Examen que solicita:**  
 Tecnólogo Radiológico  
 Tecnólogo en Radioterapia

Número de Intento: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_ Recinto: \_\_\_\_\_  
Pueblo

Acomodo Razonable:  Si  No ¿Qué tipo de acomodo solicita? \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación de Estudios: \_\_\_\_\_ Año de Graduación: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200