



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

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A EXAMEN Y/O OBTENCIÓN DE LICENCIA**

\_\_\_\_\_TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS      \_\_\_\_\_TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA

**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 Radiológicos 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 Radiológicos 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 MI, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_  
En \_\_\_\_\_, bajo mi firma y sello

Affidavit No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Notario

SELLO DE  
ASISTENCIA LEGAL

**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:<br>__ Femenino<br>__ Masculino | Ciudadanía:<br>__ Estados Unidos de América<br>__ Otra (especifique) | Acomodo razonable: __ SI __ NO<br><br>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?

Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.

|              |   |                            |
|--------------|---|----------------------------|
| Profesión    | Núm. de Licencia                              | Fecha en que fue conferida |
| Jurisdicción | Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____ |                            |
| Profesión    | Núm. de Licencia                              | Fecha en que fue conferida |
| Jurisdicción | Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____ |                            |

## HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL

|  | Si | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique:<br>Fecha: _____<br>Naturaleza del delito: _____<br>Jurisdicción (ciudad/estado): _____          |    |    |
| 2. ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional  |    |    |
| 3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Radiología en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.?  |    |    |
| 4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o por el Seguro Social?  |    |    |
| 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?   |    |    |
| 7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.?   |    |    |
| 8. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de radiología o cualquier otra profesión? |    |    |
| 9. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional?  |    |    |

**Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, 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 Radiológicos 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 sonografía.

|  |                 |
|--|-----------------|
| Nombre                                 | / <u>Firma:</u> |
| Dirección                              |                 |
| Profesión y Núm. Lic.                  |                 |
| Número de años que conoce al candidato |                 |
|  |                 |
| Nombre                                 | / <u>Firma:</u> |
| Dirección                              |                 |
| Profesión y Núm. Lic.                  |                 |
| Número de años que conoce al candidato |                 |



**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:  
\_\_\_\_\_

**Examen que solicita:**

Tecnólogo Radiológico

Tecnólogo en Radioterapia

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Intento: \_\_\_\_\_

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

Pueblo

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

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

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tecnólogos Radiológicos**

\_\_\_\_\_ **Tecnólogos en Radioterapia**

- \_\_\_ Presentar ante la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos 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.
  
- \_\_\_ 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).
  
- \_\_\_ 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.
  
- \_\_\_ Certificado de Nacimiento (entregar 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.
  
- \_\_\_ Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
  
- \_\_\_ Un sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.
  
- \_\_\_ Original de la Certificación de Grado y/o Diploma del Grado en Radiología
  
- \_\_\_ 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 Radiológicos de Puerto Rico: PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200.
  
- \_\_\_ Realizar pago de \$40.00 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. 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 \(pr.gov\)](#)

## TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA

**Deberá de someter los documentos del 1-8 en adición a los siguientes documentos:**

---

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

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

\_\_\_ **Declaración Jurada de Entrenamiento Formal firmado por el Radioncologo.**

\_\_\_ **Presentar Original del Horario de Práctica (4,160 horas) firmado por Radioncologo.**

\_\_\_ Realizar pago de \$80.00 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.

## 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 examen (Passing score report).

\_\_\_ Realizar pago de \$80.00 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.

## ADVERTENCIAS

- En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto: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.

- El recibo de esta solicitud esta 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 7 páginas.

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Gestor      \_\_\_\_\_ Candidato

Rechazada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PORTAL DE SALUD



PARA CITAS

