



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

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

CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD
POST GRADO ASOCIADO BACHILLERATO

() Tomografía Computadorizada () Resonancia Magnética () Mamografía

() Densitometría Ósea () Sistema Cardiovascular/Periferovascular

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que reúnen los requisitos establecidos en la Ley Núm. 76 del 12 de abril de 2006, según enmendada y El Reglamento General 8280 del 27 DE NOVIEMBRE DE 2012.

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

AFFIDAVIT



ADHERIR
FOTO
TAMAÑO
PASAPORTE

Estado o Territorio

Pueblo o ciudad de

Yo, bajo juramento declaro que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones expuesto que esta contiene son verídico; y que 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

FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADOS (Llénese a maquinilla o letra de molde legible)

NOMBRE COMPLETO _____

**FECHA Y LUGAR
DE NACIMIENTO** _____

(Mes) (Día) Año (pueblo/país)

DIRECCION POSTAL _____

TEL(RES) _____ **TEL(CEL)** _____ **EMAIL** _____

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, ADICCIÓN 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 **CERTIFICACIÓN OFICIAL** por el especialista de salud explicando la condición y a su vez brindar los **acomodos razonables** recomendados.*

PREPARACIÓN ACADEMICA

Nombre de la Institución: _____

Ubicación de la Institución _____

Año de Graduación _____

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

**(PARA SER FIRMADOS POR DOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE
PUEDAN DAR FE DE SUS CUALIDADES PROFESIONALES)**

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos un año y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer su profesión en Puerto Rico.

NOMBRE

NOMBRE

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

LICENCIA PROFESIONAL

LICENCIA PROFESIONAL

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

**(PARA SER FIRMADOS POR DOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE
PUEDAN DAR FE DE SUS CUALIDADES PROFESIONALES)**

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos un año y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer su profesión en Puerto Rico.

NOMBRE

NOMBRE

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

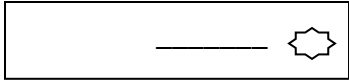
LICENCIA PROFESIONAL

LICENCIA PROFESIONAL

INSTRUCCIONES PARA EL ASPIRANTE

Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluir los siguientes requisitos:

- 1. Original y copia del Certificado de Nacimiento.**
- 2. Original de Certificado Negativo de Antecedentes Penales. No más de seis (6) meses de la fecha en que va a radicar la solicitud.**
- 3. Presentar Original y copia de la licencia de Tecnólogo Radiológico**
- 4. Presentar Original y copia de la Tarjeta o Certificación de Registro vigente como Tecnólogo Radiológico**
- 5. Original de Certificación de Grado y/o Original y copia del Diploma (Post Asociado y/o Bachillerato).**
- 6. Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado (Post Grado Asociado y/o Bachillerato) en Tecnología en Imágenes de Diagnóstico con especialidad en la especialidad solicitada. Deberá enviarse directamente de la Universidad o Colegio y ser enviada directamente a:**

**Junta de Tecnólogos Radiológicos (ESPECIALIDAD)
P.O. Box 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200**
- 7. Dos sobres con sello DIRIGIDOS PARA USTED** 
- 8. Pago por admisión a reválida por treinta dólares (\$30.00) por cada especialidad. Puede ser GIRO POSTAL (a nombre del Secretario de Hacienda) O pago por Sistema de ATH.**

En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-7 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
CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD

____ **POST GRADO ASOCIADO**

____ **BACHILLERATO**

- () Tomografía Computadorizada () Mamografía () Resonancia Magnética
() Densitometría Ósea () Sistema Cardiovascular/Periferovascular

Certifico que el aspirante : _____

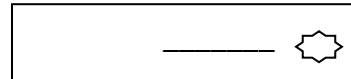
hizo entrega de los documentos para optar por el examen, hoy _____ de

_____ de _____. **FECHA REVALIDA** _____

- ___ **1. Original y copia del Certificado de Nacimiento.**
- ___ **2. Original de Certificado Negativo de Antecedentes Penales**
(No más de seis (6) meses de la fecha en que va a radicar la solicitud)
- ___ **3. Original y copia de la licencia permanente de Tecnólogo Radiológico.**
- ___ **4. Original y copia de la Tarjeta o Certificación de Registro Vigente como**
Tecnólogo Radiológico.
- ___ **5. Original y Copia del Diploma de la Especialidad. y/o Original**
Certificación de Grado.
- ___ **6. Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado (Post Asociado**
y/o Bachillerato en la especialidad solicitada. Deberá ser solicitada a la
Institución y que sea enviada directamente a:

Junta de Tecnólogos Radiológico (ESPECIALIDAD)
P.O. Box 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200

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



- ___ **8. Pago por admisión a reválida por treinta dólares (\$30.00) por cada**
Especialidad. Puede ser GIRO POSTAL (a nombre del Secretario de Hacienda) O pago
por Sistema de ATH.

En relación a la CONVALIDACIÓN DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-7 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.

RECIBIDO POR: _____