



SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PROVISIONAL DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que reúnan las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Número 254 del 3 de septiembre de 2003, según enmendada, que reglamenta la profesión de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente ante la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

DECLARACIÓN JURADA

Nombre Completo del Solicitante

Seguro Social XXXX-XX-_____ e Identificado mediante

Reciente

----- N ú m e r o
_____ Expone que la persona a quien se refiere esta
solicitud y que las declaraciones que la misma contiene, son verídicas y que la fotografía
adjunta muestra su parecido y fue tomada hace menos de seis meses.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mí, hoy día _____ de _____ de _____ en

_____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN

JULIO 2021



AFFIDAVIT Núm. _____



(Firma del Notario Público)

El solicitante debe contestar todos los encasillados en forma legible

Nombre del Solicitante _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ **Tel.** _____

(Mes)

(Día)

(Año)

Lugar de Nacimiento _____

(CIUDAD, ESTADO, PAIS)

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Correo electrónico _____

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí _____ No _____

2. ¿Ha sido convicto o acusado de cualquier delito relacionado a la práctica como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado? Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, indique detalles, de ser necesario puede utilizar una hoja aparte;

_____.

Solicitantes extranjeros deben proveer Número de Tarjeta de Residente o el Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.

3. ¿Es usted naturalizado? Sí _____ No _____, Si su respuesta es Sí, indique fecha y lugar de naturalización.

Fecha: _____ Lugar: _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN

JULIO 2021

Tel. (787)765-2929 Ext. 6585 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov

Si es naturalizado y quiere hacer algún comentario, indique detalles pertinentes o en una hoja aparte de ser necesario:

4. ¿Ha sido licenciado para ejercer como Terapeuta de Masaje en otro País o Estado? Sí _____ No _____

Si la contestación es **(Si)**, debe solicitar una verificación de licencia **"Good Standing"** de cada Estado donde es licenciado como Terapeuta de Masaje. La verificación de licencia tiene que llegar directamente de la Junta del Estado donde la solicita, a la Junta de Puerto Rico.

5. ¿Ha sido oficialmente reprendido, su licencia suspendida o revocada, ha sido despedido de su lugar de trabajo o le han rehusado el derecho a ser examinado, o se le ha rehusado una licencia ejerciendo como Terapeuta de Masaje?

Sí _____ No _____

Si la contestación es **(Si)**, indique los detalles, de ser necesario añada una página aparte.

6. ¿Ha fracasado alguna vez en una reválida de masaje? Sí _____ No _____

Si la contestación es **(Si)**, indique donde y cuando tomó el último examen.

Estado/Ciudad: _____ País: _____

Fecha del Examen: _____

7. ¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado? Sí _____ No _____

Si la contestación es **(Si)**, indique en qué ciudad/estado, país, periodo ejerció y si recibió alguna reprimenda.

Estado/Ciudad: _____ País: _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN

JULIO 2021

Periodo: ¿Desde _____ Hasta _____ Reprimenda? Sí _____ No _____

8. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables para ejercer como Terapeuta de Masaje en Puerto Rico?

Sí _____ No _____

9. Reconozco que esta licencia provisional tiene un término de dos años no renovables. Esto me da la oportunidad para obtener y aprobar la reválida de terapeutas del masaje MBlex, la cual solicitaré eventualmente en FSMTB.org (si aplica)

Sí _____ No _____

Preparación Académica de Escuela Superior

Mencione el Grado Obtenido de Escuela Superior o su Equivalente de Escuela.

Escuela Superior	Lugar	Fecha de Graduación
-------------------------	--------------	----------------------------

Estudios de Terapia del Masaje

He completado un máximo de _____ horas contactos de escuela y/o estudios para la profesión de Terapeuta de Masaje, como lo certifica la Transcripción incluida con esta solicitud, de la Escuela _____ autorizada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico u otras Jurisdicciones.

¿Ha completado estudios en otras Instituciones, autorizadas por el Consejo General de Educación u otras Jurisdicciones? Sí _____ No _____

Si la contestación es **(sí)**, menciona las Instituciones donde terminó las Horas Contactos.

Nombres de Escuelas

fecha

Horas Obtenidas

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certificado de Buena Conducta Moral

Para ser completado por dos (2) profesionales, que no sean familiares del solicitante, que puedan dar fe de su buena conducta moral.

Los abajo firmantes certificamos a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, que conocemos personalmente a _____
 (nombre del solicitante)

y que nos consta, de propio conocimiento, que es una persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Terapeuta de Masaje de Puerto Rico, cumpliendo con los requisitos del estado.

_____	_____
Nombre en letra de molde	Nombre en letra de molde
_____	_____
Dirección	Dirección
_____	_____
Dirección	Dirección
_____	_____
Teléfono	Teléfono
_____	_____
Firma	Firma

REQUISITOS DE SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PROVISIONAL DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

Marca con una (X), **una** de las siguientes tres alternativas:

_____ **(A) PROFESIONAL CON LICENCIA DE TERAPEUTA DE MASAJE, EXPEDIDA POR ALGUN ESTADO O CUALQUIER PAIS EXTRANJERO.**

_____ **(B) PROFESIONAL DE TERAPIA DEL MASAJE GRADUADO CON 1000 HORAS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ACREDITADA.**

_____ **(C) TERAPEUTAS DEL MASAJE GRADUADOS EN PUERTO RICO ANTES DEL 2010 CON 500 HORAS O MAS Y QUE HAYAN TENIDO EXPERIENCIAS DE TRABAJO PREVIAS A DICHA FECHA.**

- Solicitud debidamente cumplimentada.
- Certificado de Nacimiento (ORIGINAL Y COPIA)
- Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis (6) meses previos a Solicitud. (ORIGINAL Y COPIA VIGENTE) (recibo de agua o luz a su nombre o **licencia de conducir o ID de Dtop**)
- Diploma de Escuela Superior o su equivalente. (ORIGINAL Y COPIA)

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN

JULIO 2021



- Evidencia de haber sido graduado de Terapeuta de Masaje (Diploma o certificado de graduación, Transcripción de Créditos). La Transcripción de créditos original debe ser enviada por la institución académica a:

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico PO
Box 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

- Incluir evidencia de empleo antes de septiembre 2010, Original (**Aplica C**).
- Evidencia de licencia de Masaje activa por los últimos 2 años (**Aplica A**).
- Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente CPR (**ORIGINAL Y COPIA**)
- Evidencia de haber tomado el taller de Control de Infecciones (VIH-SIDA, Hepatitis, Tuberculosis) (ORIGINAL Y COPIA).
- Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico (No más de 30 días de expedido).
- Certificado de **Salud** vigente expedido por el Departamento de Salud. (ORIGINAL)
- Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores **ASUME** (No más de 30 días de expedido).
- Presentar evidencia de un **Seguro** de Responsabilidad Profesional (que incluya resumen de cubiertas).
- Certificación de **NO DEUDA** del Departamento de **Hacienda**.
- Traer un sobre pre-dirigido con sello.
- Evidencia de estar matriculado en un Instituto de Masaje aprobado por el Consejo de Educación de Puerto Rico. (Resolución No. 2013-952) De no haber sido graduado de 1000 horas. (**Aplica A**)
- El profesional deberá presentar un "Good Standing" o Verificación de licencia del estado donde la obtuvo. (**Aplica A**)

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO
PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN JULIO 2021



- Haber aprobado el examen de reválida NCBTMB, antes del 12 de marzo de 2010, o el examen MBLEX después de esa fecha. **(Aplica A)**
- **GIRO POSTAL O BANCARIO** a favor del Secretario de Hacienda por la cantidad de **\$150.00** dólares. Puede pagar con ATH sin logotipo, VISA o Mastercard (**NO REEMBOLSABLES**).
- Traer bolígrafo azul

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

ÚLTIMA REVISIÓN

JULIO 2021

Tel. (787)765-2929 Ext. 6585 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov