



## **SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PERMANENTE DE TERAPEUTA 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**

Comparece \_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Solicitante

Seguro Social \_\_\_\_\_ e Identificado mediante

**Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO** \_\_\_\_\_

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 recientemente.

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.

AFFIDAVIT Núm. \_\_\_\_\_

Sello del  
Notario

\_\_\_\_\_  
**(Firma del Notario Público)**

### **JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685

Email: [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)

**ULTIMA REVISION**



¿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? **Si**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

Si la contestación es **(Si)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha fracasado alguna vez un examen de Reválida? **Si**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

Si la contestación es **(Si)**, indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.

\_\_\_\_\_

¿Ha ejercido como Terapeuta de Masaje sin una licencia en cualquier otro País o Estado?

**Si**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

Si la contestación es **(Si)**, indique en que Estado(s) y si recibió alguna reprimenda.

\_\_\_\_\_

¿He leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para ejercer como Terapeuta de Masaje en Puerto Rico?

**Si**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

Deseo tomar los exámenes de licenciatura (indique su preferencia en):

Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_

### **Preparación Académica de Escuela Superior**

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

\_\_\_\_\_ **Escuela Superior**

\_\_\_\_\_ **Lugar**

\_\_\_\_\_ **Fecha de Graduación**

**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

**Estudios en Terapia del Masaje**

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov

**ÚLTIMA REVISIÓN**

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 General de Educación.

¿Ha completado estudios en otras Instituciones, autorizadas por el Consejo General de Educación u otras Jurisdicciones? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

Si la contestación es **(si)**, Menciona las Instituciones donde terminó las Horas Contactos.

<b>Nombres de Escuelas</b>	<b>fecha</b>	<b>Horas Obtenidas</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mencione el nombre de la persona encargada de la Institución con el número de teléfono.

### **Certificado de Buena Conducta Moral**

**Para ser llenado por dos (2) profesionales relacionados con la Salud, que puedan dar fé de sus cualidades profesionales**

Los abajo firmantes Certificamos a la Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante \_\_\_\_\_ 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 la profesión de Terapeuta de Masaje de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

**PARA USO EXCLUSIVO**  
PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200  
Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov

**ÚLTIMA REVISIÓN**

**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

**ACCIÓN TOMADA**

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

**Fecha Recibida:** \_\_\_\_\_

**Licencia Permanente de Terapeutas de Masaje de Puerto Rico**

**Solicitud Aprobada:** \_\_\_\_\_ **Solicitud No Aprobada:** \_\_\_\_\_

**Solicitud Aprobada Condicionada:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Solicitud Cotejada por:** \_\_\_\_\_

**Firma del Presidente**

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

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

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

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

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

**Junta Examinadora de Terapeutas de Masaje De Puerto Rico**  
**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**  
Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud  
PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov

**ÚLTIMA REVISIÓN**

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200  
Tel. (787) 999-8989 Ext. 6685  
Email: [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

**Hoja de Cotejo para Solicitud de Licencia Permanente**

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

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

**Todo aspirante a examen de reválida deberá ser mayor de dieciocho (18) años de edad y deberá presentar ante la Junta, en o antes de la fecha límite especificado, los siguientes requisitos:**

- \_\_\_\_\_ 1.Solicitud debidamente cumplimentada.
- \_\_\_\_\_ 2.Certificado de Nacimiento. **(Original y Copia)**
- \_\_\_\_\_ 3.Evidencia de ser Domiciliado de Puerto Rico por espacio de seis **(6)** meses previo a la Solicitud. **(Original y Copia) vigente**
- \_\_\_\_\_ 4.Diploma de Escuela Superior ó su Equivalente. **(Original y Copia)**
- \_\_\_\_\_ 5.**Transcripción Oficial de Créditos y Certificación de Grado** de haber aprobado un curso de mil **(1,000)** horas en una Escuela de Terapeutas de Masaje, autorizada por los organismos Oficiales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Deberá ser enviada directamente por la Institución Académica a la siguiente dirección:  

**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**
- \_\_\_\_\_ 6. Certificación de Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Vigente **CPR (Original Y Copia)**
- \_\_\_\_\_ 7. Evidencia de haber tomado el taller de **Control de Infecciones (Original y Copia)**
- \_\_\_\_\_ 8. Certificado de **Antecedentes Penales**, otorgado por la Policía de Puerto Rico.
- \_\_\_\_\_ 9. Certificado de Salud expedido por el Departamento de Salud. **(Original)**
- \_\_\_\_\_ 10.Certificación Negativa de la Administración de Sustentos de Menores **Asume. (Original)**
- \_\_\_\_\_ 11.Presentar Evidencia de un Seguro de Responsabilidad Profesional. **(Original y Copia).**

\_\_\_\_\_ 12. **Certificación No Deuda** por el Departamento de Hacienda. **(Original)**  
**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200  
Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685 Email: [iris.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:iris.gonzalez@salud.pr.gov)

**ÚLTIMA REVISIÓN**

- \_\_\_\_\_ 13. **Traer dos (2)** sobres pre-dirigido con sello.
- \_\_\_\_\_ 14. **Giro postal/ Bancario de \$55.00** (Por derecho de solicitud) por derecho a evaluación de solicitud a nombre del Secretario de Hacienda (No serán reembolsables al profesional)
- \_\_\_\_\_ **15. Haber aprobado el MBLEX.** (Examen de reválida nacional)

**Ejemplo:** Lugar donde puede obtener repaso para el MBLEX.  
<https://www.fsmtb.org/content/?id=58>

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

FECHA:

\_\_\_\_\_  
-----

**Es responsabilidad del solicitante prepararse para el examen.**

**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPEUTAS DE MASAJE DE PUERTO RICO**

PO Box 10200 San Juan, PR 00908-0200

Tel. (787) 765-2929 Ext. 6685 Email: iris.gonzalez@salud.pr.gov

**ÚLTIMA REVISIÓN**