



**SOLICITUD DE TERCERA PARTE DE REVÁLIDA  
(Examen Práctico)**

Reexamen

Acomodo Razonable

FAVOR UTILIZAR LETRA DE MOLDE:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Inicial

Últimos cuatro números de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad

País

Zip Code

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (E-mail): \_\_\_\_\_

Escuela de Medicina donde se graduó de Médico: \_\_\_\_\_

Institución donde realizó Internado: \_\_\_\_\_

Ciencias Básicas: \_\_\_\_\_

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

Ciencias Clínicas: \_\_\_\_\_

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

USMLE parte I: \_\_\_\_\_

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

USMLE parte II CK: \_\_\_\_\_

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO: QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES FIEL Y CORRECTA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Solicitud

**NOTA:**

Para poder radicar esta solicitud deberá tener un expediente abierto haber aprobado la primera parte de la Reválida de Puerto Rico o el Step I del USMLE y Segunda Parte de la Reválida de Puerto Rico o Step II -CK del USMLE, llevar tres (3) meses o más en el internado e incluir los siguientes documentos:

- Un (1) pago por la cantidad de doscientos (\$200.00) dólares mediante ATH, VISA, Master Card o en giro postal o bancario pagadero al Secretario de Hacienda.
- Certificado de no antecedentes penales de la Policía de Puerto Rico — con fecha de emisión de 30 días o menos.
- **Una (1) foto 2x2 adicional a la foto de la Juramentación.**
- Dos (2) sobres pre-dirigidos en letra legible a su dirección postal con sellos
- Copia de Identificación vigente con foto (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Técnico que recibe la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha de recibo



## JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde, Utilizar tinta azul o negra solamente)

### TERCER PARTE DE LA REVÁLIDA

#### FOTO

(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)

#### SELLO NOTARIAL

(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)

NOMBRE:

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_ e identificado mediante \_\_\_\_\_  
Clase de Identificación                      Número

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_  
Día      Mes      Año CXXXX

#### CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

(Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de \_\_\_\_\_ Ciudad de \_\_\_\_\_

CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notarizada ante mí por el (la) solicitante a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Reexamen

Acomodo Razonable

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

AFIDAVIT NUM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

