



# Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

## Solicitud para Licencia Permanente

Examen de Reválida \_\_\_\_\_ Convalidación del NMTCB \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Radicación \_\_\_\_\_

Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia, después de expedida. Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear y bajo juramento someto las siguientes declaraciones.

### **AFFIDAVIT**

Estado o  
Territorio \_\_\_\_\_

Pueblo o  
Cuidad de \_\_\_\_\_

AQUI  
FOTOGRAFIA  
RECIENTE  
TIPO  
PASAPORTE

Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que resido en Puerto Rico, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

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

Suscrito y jurado ante mi hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en

\_\_\_\_\_ bajo mi firma y sello.

**AFFIDAVIT NUM.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

**JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO**

P.O. BOX 10200  
SAN JUAN, PR 00908-0200  
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607  
[myrmet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrmet.gonzalez@salud.pr.gov)



**EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS**

(Llénese en letra de molde y tinta azul)

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

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

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_.

En caso negativo explique:

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

Lugar dónde se encuentra trabajando \_\_\_\_\_

Dirección y Número de Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_.

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_.

Sí contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.

**JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO**

P.O. BOX 10200

SAN JUAN, PR 00908-0200

TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607

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



Necesita acomodo razonable: **Si**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_.

De contestar sí, favor presentar evidencia médica que explique la razón para dicho acomodo.

### **PREPARACIÓN ACADEMICA**

Nombre de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear \_\_\_\_\_

Dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE CONVALIDACIÓN**

Indique si posee la certificación profesional ofrecida por el "Nuclear Medicine Technologist Certification Board"

Certificación (CNMT) \_\_\_\_\_

Fecha expedición \_\_\_\_\_



**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

## **CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL**

**(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)**

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, serio (a) y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear.

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Profesión y número de licencia**

\_\_\_\_\_  
**Profesión y número de licencia**

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

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

**JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO**

P.O. BOX 10200

SAN JUAN, PR 00908-0200

TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607

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



## **REQUISITOS**

- \_\_\_\_\_ 1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- \_\_\_\_\_ 2. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de seis meses de expedido).
- \_\_\_\_\_ 3. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento.
- \_\_\_\_\_ 4. **ORIGINAL** Certificado de Salud
- \_\_\_\_\_ 5. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear.
- \_\_\_\_\_ 6. **ORIGINAL** Transcripción de Créditos **OFICIAL** y **ORIGINAL** de Certificación de grado **OFICIAL**. Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección:

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud  
**Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico**

P.O. Box 10200  
San Juan, PR 00908-0200

- \_\_\_\_\_ 7. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del secretario de Hacienda que se desglosan como siguen: Puede pagar también con ATH que no tenga logotipo de Visa ni Mastercard.
  - \$30.00 dólares (No reembolsables) – Examen
  - \$40.00 dólares (No reembolsables) – Convalidación de Examen (NMTCB)

**NOTA:** *Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere.*

---

**JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO**

P.O. BOX 10200  
SAN JUAN, PR 00908-0200  
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607  
[myrmet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrmet.gonzalez@salud.pr.gov)