



**Junta Examinadora de Patología Del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia De Habla-Lenguaje
Puerto Rico**

SOLICITUD DE REEXAMEN

Fecha de radicación: _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del último examen obtenido: _____

Veces que ha tomado el examen: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___

Universidad: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____

Posición que ocupa actualmente: _____

Favor de informar idioma que desea tomar su examen

español _____ inglés _____

1. Debe acompañar esta solicitud con un giro postal o cheque certificado por el banco a nombre del *secretario de Hacienda*, **ATH** y/o tarjeta de créditos por la cantidad de:

PHL-(\$50.00) ___ AUD-(\$50.00) ___ THL-(\$45.00) ___

2. Giro a nombre de la compañía, "DIDAXIS" por la cantidad de: \$60.00 pagadero directamente a dicha compañía, luego de que haya sido citado por la Junta. (Para información adicional comuníquese con la Junta)
3. **Certificado de Antecedentes Penales de no más de tres meses de expedido a la fecha de solicitar.** De ser electrónico deberá traer la validación electrónica del mismo.
4. **Dos sobres pre dirigidos con sello.**
5. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

Para citas



No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.
En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a losorio@salud.pr.gov



**Junta Examinadora de Patología Del Habla-Lenguaje, Audiología y Terapia De Habla-Lenguaje
Puerto Rico**

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida
FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Información Personal:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Inicial
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Seguro Social* *Últimos 4 dígitos	Fecha de Nacimiento dd/mm/yyyy		

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular	Teléfono Hogar	Teléfono Trabajo
E-mail (Ej. user@yahoo.com)		

Información de Contacto:

Dirección Postal

Maestría

Bachillerato

País, Ciudad Código Postal
Bachillerato

Acomodo razonable _____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ Recinto _____

Examen a Tomar:

Patología del Habla-Lenguaje-

Audiología- Doctorado

Terapia del Habla-Lenguaje-

Graduación: mes _____ año _____

Para uso de la ORCPS: # Licencia Provisional: _____ Fecha: _____

Visto Bueno: _____