



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD PARA CERTIFICACION EN UN AREA DE CUIDADO DE ENFERMERIA
__BSN__ESP

Nombre			
	Apellidos, Nombre [en letra de molde]		
Dirección Postal			
	Pueblo:	País:	Código Postal
Teléfono	Residencial o Celular:	Familiar:	
Correo electrónico			

<p>ADHIERA</p> <p>FOTO AQUÍ</p> <p>2X2</p>	<p>DECLARACIÓN JURADA</p> <p>COMPARECE _____ Bajo el más formal juramento Nombre completo del solicitante mayor de edad, estado civil _____ profesión _____, y vecino de _____.</p> <p>1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente-----</p> <p>2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Enfermería pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente-----</p> <p>3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Enfermería información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.-----</p> <p>-----</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma del Solicitante</p>
<p>Jurado y suscrito ANTE MÍ, hoy día ___ de _____ año ____</p> <p>En _____, _____ por _____</p> <p>Affidavit No. _____</p> <p>A quien Doy Fe de haber identificado mediante _____</p> <p>Firma de Notario: _____</p>	<p>SELLO DE</p> <p>ASISTENCIA LEGAL</p>



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INFORMACIÓN PERSONAL		
Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy	Lugar de Nacimiento Pueblo/País	Número de Seguro Social
Ciudadanía: __ Estados Unidos de América __ Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente	Género: __ Femenino __ Masculino	
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
__ Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
__ Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Practica Avanzada __ Anestesia Partera __ Nurse Practitioner __ Especialista Clínico	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
INFORMACIÓN PROFESIONAL		
¿Tiene o ha tenido licencia de Enfermería en Puerto Rico u otra jurisdicción de los EE. UU.? Si la respuesta es afirmativa indique estado/territorio en el cual tiene o ha tenido licencia para ejercer como Enfermería.		
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____	
¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión? Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.		
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: __ Activa __ Inactiva __ Otra: _____	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

HISTORIAL DE CONDUCTA PROFESIONAL Y PERSONAL		
	SI	NO
1. ¿Ha sido convicto de algún delito? Si contesta en la afirmativa, indique: Fecha: _____ Naturaleza del delito: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____		
2. ¿Ha sido indultado? Utilice pliego aparte para información adicional		
3. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Enfermera(o) en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
4. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o Seguro Social?		
5. ¿Está física o mentalmente incapacitado para prestar servicios enfermería con razonable habilidad, seguridad y competencia?		
6. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta a su competencia profesional?		
7. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EEUU?		
7. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de la enfermería o cualquier otra profesión?		
8. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional?		

Si respondió "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, incluya explicación en un documento separado



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERIA

(Deberá ser completado por el/ la directora/a o el/la Registrador/a del programa}

TINTA AZUL

1. Nombre del solicitante _____
2. Colegio o Universidad _____
3. Dirección _____
4. Área de Especialidad _____
5. Fecha en que fue admitido/a en el programa _____
6. Fecha en que completo los requisitos de estudio del programa _____
7. Horas completadas _____

CERTIFICO que esta información es correcta y exacta, según el expediente académico del solicitante, cuyo nombre aparece en el **encasillado 1**; que el programa tiene una duración de ____ años académicos, que el/la solicitante completo el programa y recibió el grado académico.



Nombre _____

Título _____

Fecha _____

Firma _____



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCIÓN DE PERSONAL ORCPS

Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____

Numero de certificado otorgado en: _____

Fecha de otorgación _____

Firma de Presidente o Representante Autorizado _____

SELLO DE RECAUDO:



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INSTRUCCIONES

Toda persona que presente ante la Junta Examinadora de Enfermería una solicitud para obtener una **Certificación en un Área de especialidad**, según establecido en el Reglamento 9104, Capítulo IX Regla 1 del 9 de agosto de 2019, deberá someter prueba por escrito de haber completado un programa de estudios en el área de especialidad que solicita. Esta Certificación deberá ser renovada por el Profesional de cada tres (3) años en conjunto con la licencia profesional. Se requerirán diez (10) horas de Educación Continua en el Área de cuidado para renovar su certificación.

REQUISITOS

El aspirante que solicite a la Junta Examinadora la expedición de una certificación para ejercer como Enfermera o Enfermero en un área de especialidad en enfermería deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Radicar ante la Junta una solicitud de certificación con la información requerida en todas sus partes y juramentada ante un Notario Público.
2. Copia de la licencia permanente de Enfermero(a) Especialista o Generalista, debidamente registrada y recertificada para ejercer en Puerto Rico.
3. Someter transcripción oficial de créditos o certificación con el número de horas de teoría y práctica requeridas por el programa de estudios.
4. Original del certificado de antecedente penales negativo expedido por la Policía de Puerto Rico o del lugar donde ha estado residiendo durante los últimos años. **Este certificado tiene duración de un mes (30) días luego de ser expedido.**
5. **Pago de treinta (\$30.00) ATH (Visa / MC)** en giro postal o bancario a nombre del secretario de Hacienda adjunto con la solicitud, por concepto de evaluación de documentos y expedición de certificación. Los derechos por concepto de solicitud de certificación no serán reembolsados al solicitante.
6. Sobre con sello pre-dirigido con dirección postal.