



DEPARTAMENTO DE SALUD
 SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
 División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD RE-EXAMEN DE ENFERMERA/O

_____ PRÁCTICOS(A)

_____ ASOCIADO (A)

_____ GENERALISTA

_____ PRACTICA AVANZADA -ANESTESIA



CERTIFICO Y JURO que la información que precede en esta solicitud es verdadera y correcta. El retrato que se incluye es una copia del solicitante, tomada durante los últimos seis (6) meses.

 (Firma del Solicitante)

A. HISTORIAL PERSONAL Y ACADÉMICO

1. Nombre _____
2. Dirección Residencial _____
 Dirección Postal _____
 Teléfono _____ Correo electrónico _____
3. Fecha y Lugar de Nacimiento _____
4. Ciudadanía _____ Seguro Social Núm. _____
5. ¿Ha practicado la enfermería ilegalmente? _____ Si _____ NO.
6. Ha sido acusado/a o convicto/a de algún crimen? _____ Si _____ NO.
7. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental? _____ Si _____ NO.
8. ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo? _____ Si _____ NO.
9. ¿Ha habido cambios en su nombre original? _____ En caso afirmativo, explique y anote su nombre anterior _____
10. ¿Completó estudios de escuela superior? _____ Fecha _____
11. Si usted ha obtenido diploma de escuela superior mediante examen de equivalencia, favor indicar año y sitio en que lo obtuvo. _____



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o condición contagiosa? ___ SI ___ NO

- ✓ Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
- ✓ En caso contrario, entregue el siguiente certificado médico.

CERTIFICADO MÉDICO

YO, _____ médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, **CERTIFICO** que he examinado a _____ encontrándolo en buen estado general de salud (física y mental) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Médico

Fecha



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCION DE JUNTA	
Licencia permanente otorgada: _____	fecha: _____
Categoría: ___LPN ___ADN ___BSN ___PA-Anestesia ___NP	
Firma de Miembro de Junta de Licencia permanente: _____	

ACCIÓN DE PERSONAL ORCPS

Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____

Número de licencia Permanente: _____

SELLO DE RECAUDO:



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

INSTRUCCIONES

A. REQUISITOS PARA RE-EXAMEN DE LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA AL AMPARO DEL REGLAMENTO GENERAL NÚM. 9104 DEL 9 DE AGOSTO DE 2019.

1. Radicar una solicitud de licencia con la información requerida en todas sus partes.
2. Original del Certificado de Antecedentes Penales Negativo de la Policía de Puerto Rico expedido **no más de 1 mes** antes de radicada la solicitud. Además, si vivió fuera de Puerto Rico debe traer antecedentes penales del lugar donde residió en los últimos cinco años.
3. Pago para solicitudes de **(Práctico), (Asociado), (Generalista) y (Anestesia)** es: **\$25.00**
Puede efectuar el pago con giro postal, bancario o cheque certificado a nombre del secretario de Hacienda de Puerto Rico, adjunto con la solicitud. Puede también hacer el pago con ATH, Visa, MasterCard en nuestras oficinas. Los derechos por concepto de solicitud de licencia y examen no serán reembolsados al solicitante.
4. Solicitantes que deseen tomar el examen en inglés tienen que solicitarlo por escrito adjunto con esta solicitud.
5. Dos sobres con sellos y dirección postal
6. Licencia Provisional original
7. Certificación de Curso de Repaso de Reválida (original y copia)

***Si el candidato fracasa su examen de reválida en el quinto intento, como parte de la solicitud del sexto intento, tendrá que presentar evidencia de haber cursado y aprobado un repaso de reválida de enfermería otorgado por una organización profesional previamente certificada y aprobada por la Junta.**

***Reglamento 9104 del 9 de agosto de 2019.**

Cap. V Regla 2 Sección 9

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

PROVEEDORES DE REPASO DE REVALIDA AUTORIZADOS POR LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA DE PUERTO RICO

PROFESORES	CATEGORIA	AREA AUTORIZADA	FECHA DE VENCIMIENTO
Aixa M. Flores Pérez AG Education & Training Corp. Email: ageducationandtraining@gmail.com Tel. y Fax (787) 650-6799 o (787) 998-4880	GENERALISTAS ASOCIADAS/OS PRACTICAS/OS	SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, MEDICINA, CIRUGIA Y MATERNIDAD	10 de diciembre de 2024
SFG Professional Educators Group, Inc. P O Box 8097 Bayamón, PR 00960 Tel. (787) 409-9557 o (787) 360-2351 Email: educaciones@sfgpeg.com	GENERALISTAS, ASOCIADAS/OS PRACTICAS	SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, MEDICINA, CIRUGIA Y MATERNIDAD	10 de diciembre de 2024
Grisel Rivera Villafañe Urb. Alturas de Mayagüez Calle Atalaya #3153 Mayagüez, PR 00682 Tel. (787) 662-5075	GENERALISTAS, ASOCIADAS/OS PRACTICAS	SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, MEDICINA, CIRUGIA Y MATERNIDAD COMUNIDAD, LIDERAZGO	14 de julio de 2025
Lizmarie Santiago Escobar (787) 209-1605 LS Educational health Email: lsecucationalhealth@gmail.com	GENERALISTAS, ASOCIADAS/OS PRACTICAS	SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, MEDICINA, CIRUGIA Y MATERNIDAD COMUNIDAD, LIDERAZGO	3 de noviembre de 2025