



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 REVISIÓN DE EXAMEN DE ENFERMERA/O

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

APELLIDOS

NOMBRE

INICIAL

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS 4 DIGITOS): _____

NÚM. CANDIDATO: _____

FECHA DE EXAMEN: _____

NÚM DE INTENTOS: _____

INDIQUE CATEGORIA:

GENERALISTA _____ ASOCIADA(O) _____

PRÁCTICA(O) _____ PRACTICA AVANZADA - ANESTESIA _____

NURSE PRACTITIONER-CUIDADO AGUDO EN GERONTOLOGIA- ADULTO _____

NURSE PRACTITIONER-FAMILIA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Favor de acompañar la solicitud si será enviada por correo postal con un giro postal o bancario a nombre del "Secretario de Hacienda" por la cantidad de \$60.00 dólares adjunto con la solicitud por derecho a Revisión de Examen.

**Reglamento 9104 del 9 de agosto de 2019.
Cap. IV Sección 2 Regla 7*

Solo podrán solicitar revisión aquellos solicitantes que al no aprobar su examen y hayan obtenido una puntuación final en su revalida de hasta 5 por ciento cercano a la puntuación mínima requerida para aprobar un examen de revalida. Todo aspirante que interese solicitar revisión deberá presentarla dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de los resultados de su examen.