



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

**SOLICITUD DE LICENCIA DE ENFERMERA(O) \_\_LPN \_\_ADN \_\_BSN \_\_ESP \_\_PA \_\_NP**

Nombre	Apellidos, Nombre [en letra de molde]		
Licencia mediante: __ Examen de Reválida de PR __ Cambio de Categoría __ Maestría Especialidad	__ Endoso __ Extranjero		Idioma en que tomará el examen de PR __ Español __ Inglés
	Propósito de la solicitud: __ Trabajo __ Estudios __ Educador		
Dirección Postal	Pueblo: País: Código Postal		
	Teléfono Residencial o Celular:	Correo electrónico	
<b>ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2</b>  <u>Autografiada</u>	<p style="text-align: center;"><b>DECLARACION JURADA</b></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 <b>recientemente</b>-----</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 <b>falsamente</b>-----</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 style="text-align: right;">_____ Firma del Solicitante</p>		
Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ___ de _____ año ____ En _____, _____ por _____ Affidavit No. _____ A quien Doy Fe de haber identificado mediante _____			
Firma de Notario: _____			<b>SELLO DE ASISTENCIA LEGAL</b>



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

INFORMACION PERSONAL		
Fecha de Nacimiento mm/dd/yyyy	Lugar de Nacimiento Pueblo/País	Número de Seguro Social
Ciudadanía: __ Estados Unidos de América __ Otra (especifique) <b>Indique Núm. Tarjeta de Residente</b>	Género: __ Femenino __ Masculino	Acomodo razonable: __ SI __ NO  <b>En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable</b>
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
__ Práctica/o (LPN) __ Asociado (ADN) __ Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
__ Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
Práctica Avanzada __ Anestesia __ Partera __ Nurse Practitioner __ Especialista Clínico	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
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 la 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**

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

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

<b>CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL</b>	
(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, <b>NO familiar del solicitante</b> )	
Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es una persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Enfermería.	
Nombre	/ <u>Firma:</u>
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	
Nombre	/ <u>Firma:</u>
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

**CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA**  
(Deberá ser completado por el/ la director/a o el/la Registrador/a del programa}  
**UTILICE TINTA AZUL**

1. Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_
2. Colegio o Universidad \_\_\_\_\_
3. Dirección \_\_\_\_\_
4. Grado de Enfermería \_\_\_\_\_
5. Fecha en que fue admitido/a o clasificado/a en el programa \_\_\_\_\_
6. Fecha en que completó los requisitos de estudio del programa \_\_\_\_\_

**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 completó el programa y recibió el grado académico.



Nombre \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## 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



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

ACCIÓN DE JUNTA	
<input type="checkbox"/> Licencia provisional otorgada	Fecha:
<input type="checkbox"/> Licencia permanente otorgada	Fecha:
Categoría	<input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> BSN <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> PA
Firma de Licencia Provisional:	
Firma de Licencia Permanente:	

**ACCIÓN DE PERSONAL DE ORCPS**

Firma de la secretaria/o que recibe la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de Licencia Provisional si aplica: \_\_\_\_\_

Firma de la secretaria que realiza Licencia Provisional: \_\_\_\_\_

Número de Licencia Permanente: \_\_\_\_\_

Firma de la secretaria/o que realiza la licencia provisional o permanente: \_\_\_\_\_

**SELLO DE RECAUDO:**



## Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

### DECLARACIÓN DEL CANDIDATO A REVALIDA

1. Tengo el deber ético de proteger la seguridad y validez del Examen de Reválida de Enfermería creado por la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico (JEEPR).
2. La divulgación del contenido del Examen a cualquier persona, organización, compañía u otra entidad bajo cualquier procedimiento, constituirá una violación a la ética profesional y robo del examen. Cualquier persona que se encuentre culpable de tal violación estará sujeta a la invalidación de su puntaje. La Junta podrá prohibir al candidato futura admisión al Examen.
3. Este examen y los ítems que contiene son propiedad exclusiva de la Junta Examinadora de Enfermería.
4. El robo o intento de robo de un examen o de ítems de un examen es sancionable como delito grave y puede resultar en penas civiles o sanción profesional. Reconozco que violar mis obligaciones, según detalladas en esta declaración, me expone y hace responsable por los daños y perjuicios causados a la JEEPR y por los costos legales incurridos por la JEEPR para preservar sus derechos.
5. Este examen y los ítems que contiene están protegidos por la ley de propiedad intelectual y constituyen información valiosa y confidencial cuya divulgación causaría daño a la JEEPR. Este examen no podrá ser copiado o reproducido en forma total o parcial por ningún medio en absoluto, incluyendo la memorización e informe posterior de los ítems, temas de los ítems o el contenido del examen, a menos que así lo haya autorizado previamente la JEEPR.
6. Mi participación en cualquier irregularidad que ocurra antes, durante o después de la administración de este examen, como dar u obtener información o ayuda no autorizada, evidenciada por observación o análisis estadísticos subsiguientes, puede resultar en la cancelación de mi participación, invalidación de los resultados de mi examen u otra acción apropiada.
7. Mis datos demográficos y puntajes serán utilizados en conjunto con los de otros candidatos para propósitos de investigación e informes. La JEEPR y la compañía que ésta contrate para la valoración y evaluación del examen, no compartirán, con individuos u organizaciones que lleven a cabo investigaciones, información alguna que pudiera identificarme personalmente. Sin embargo, mis resultados individuales serán enviados a la Institución de donde me gradué.

Por la presente confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta Declaración.

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico**

**Formulario de Solicitud de examen de Reválida**

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE.

Información Personal:

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre      Inicial

F  M

\_\_\_\_\_

Seguro Social      Fecha de Nacimiento  
\*Últimos 4 dígitos      dd/mm/yyyy

Dirección Postal:

Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad      País      Código Postal

**Categoría:**

Práctica

**Práctica Avanzada y "Nurse Practitioner"**

Asociado

Anestesia

Generalista

Familia

Cuidado Agudo en Gerontología - Adulto

Número de intento: \_\_\_\_\_

Institución de Procedencia: \_\_\_\_\_

Pueblo Institución

Acomodo Razonable:  Si  No ¿Qué tipo de acomodo solicita? \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación de Estudios: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

Periodo de Examen:  P  V  O  I

Firma del candidato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

### Requisitos Generales

(USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERIA)

Categoría: \_\_\_\_\_

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

Convocatoria: \_\_ Invierno \_\_ Primavera \_\_ Verano \_\_ Otoño

\_\_\_ Presentar ante la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea. **Aquellas solicitudes que sean juramentadas fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del "County Clerk". No se aceptarán solicitudes incompletas.**

\_\_\_ Presentar identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id). **Copia de Id con foto/ Autorización de la persona que vaya a entregar la solicitud.**

\_\_\_ Foto tamaño 2 X 2, adherir según corresponde.

\_\_\_ Pago de \$ \_\_\_\_\_ por concepto de Solicitud, El pago no es reembolsable

\_\_\_ Transcripción de Crédito y Certificación de Grado emitida por el registrador, ambas enviadas directamente a la Junta desde la institución donde obtuvo el grado académico. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La institución académica y la agencia evaluadora enviarán los documentos directamente a la Junta. Dirección Postal de la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico: **PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200**

\_\_\_ Transcripción oficial de crédito del programa de Estudios de Maestría en Enfermería.

\_\_\_ Carta oficial de la oficina de la registradora que indique Especialidad y el Rol funcional. **(Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista o Practica Avanzada en Anestesia).**

\_\_\_ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR y **con vigencia de 30 días. Todo candidato que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su Solicitud deberá presentar el original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.**

\_\_\_ Al momento de entregar la Solicitud debe presentar la Certificación de Negativa de ASUME o plan de pagos, **su vigencia es de 30 días.**



### Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

- \_\_\_ Certificado de Nacimiento (original y copia) expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos, presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos. Entregar copia y presentar el original del certificado de nacimiento para propósitos de certificar que es copia fiel y exacta del original por el funcionario administrativo de la Junta.
- \_\_\_ **Certificación de haber completado la Escuela Superior emitida por el Departamento de Educación de PR o Diploma de Escuela Superior original y copia para ser certificada como fiel y exacta por el funcionario administrativo de la Junta (solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Práctica(o).**
- \_\_\_ Copia de la licencia permanente y Copia del certificado de registro de Enfermera/o Asociado **(Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Generalista.**
- \_\_\_ Copia de la licencia permanente y Copia del certificado de registro de Enfermera/o Generalista **(Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista.**
- \_\_\_ Dos sobres pre-dirigidos con la **Dirección postal del aspirante** con sello.
- \_\_\_ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

- **No se aceptarán solicitudes incompletas.**
  - La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.
- PAGOS POR CONCEPTOS DE SOLICITUD PARA EXAMEN:
- **Solicitud de Reválida y Licencia Provisional en todas las categorías (LPN/BSN/ASOC/PA-ANESTESIA) \$50.00**
  - **Solicitud Cambio de Licencia Enfermera(o) Asociado y Generalista \$50.00**
  - **Solicitud de Enfermera (o) Especialista (Maestría) \$30.00**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_  Gestor  Candidato

Secretaria categoría de enfermería Práctica/ Cambio ADN a BSN- [ninoshka.encarnacion@salud.pr.gov](mailto:ninoshka.encarnacion@salud.pr.gov)  
 Secretaria categoría de enfermería Asociado- [jeannette.flores@salud.pr.gov](mailto:jeannette.flores@salud.pr.gov)  
 Secretaria categoría de enfermería Generalista- [stephanie.torres@salud.pr.gov](mailto:stephanie.torres@salud.pr.gov)  
 Secretario categoría de enfermería Especialista/Nurse Practitioner/Pract. Avanzada Anestesia [carlos.soto2@salud.pr.gov](mailto:carlos.soto2@salud.pr.gov)

EXT. 6533, 6532, 6591, 3464, 6642

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200