Estado Libre Asociado de Puerto Rico

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESION DE ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD

ADHIERA FOTOGRAFIA

RECIENTE, AUTOGRAFIADA

Se requiere tamaño 2½ X 2½

DECLARACION JURADA

COMPARECE _____
nombre completo del solicitante

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO ----------

Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografia adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD** pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD** información que requiera sobre su persona o ampliar o corroborar información ofrecida en esta o con esta Solicitud.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito **ANTE MI, hoy día** _____ **de** _____ **de** _____,

en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

SELLO DEL NOTARIO

_____
FIRMA DEL NOTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ / _____ / _____ / _____
apellido paterno / apellido materno / nombre / inicial

DIRECCION PERMANENTE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONO: _____ **SEGURO SOCIAL** _____

DESCRIPCION FISICA DEL SOLICITANTE

COMPLEXION: _____ COLOR DE CABELLO: _____ COLOR DE OJOS: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ SEÑAS PARTICULARES: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ LUGAR: _____
día mes año

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ Si contesta en la negativa, indique si es

_____ NATURALIZADO _____ o _____ RESIDENTE _____
número de certificado número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O APELLIDO? _____ Si contesta en la afirmativa, indique

_____ _____ _____
fecha y lugar del cambio razón del cambio nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ Si contesta en la afirmativa, explique

_____ _____ _____
naturaleza del delito lugar y fecha status

*Utilice pliego aparte para información adicional, de ser necesario.

¿HA PADECIDO USTED O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA O INCAPACITANTE? _____

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, el siguiente certificado médico debe ser cumplimentado por su médico.

CERTIFICADO MEDICO

Yo, _____ , médico autorizado a ejercer en Puerto Rico
nombre del médico

mediante la licencia número _____, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos,

CERTIFICO que he examinado a _____ , encontrándole

en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa o incapacitante.

_____ _____
fecha firma del médico

E D U C A C I O N

MAESTRIA OBTENIDA: _____

FECHA: _____ **INSTITUCION:** _____ **LUGAR:** _____

CERTIFICACION JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

COMPARECE: _____, de profesión _____
nombre del declarante

y vecino de _____
dirección del declarante

y **DEBIDAMENTE JURAMENTADO DECLARA:** Que conoce personalmente a _____
nombre del solicitante

por espacio de _____ años. **DA FE** de su buena conducta moral y le recomienda a la **JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD** como persona apta para ejercer la profesión de **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD** en Puerto Rico.

_____
FIRMA DEL DECLARANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____,

en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

SELLO DEL NOTARIO

_____
FIRMA DEL NOTARIO

CERTIFICACION JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

COMPARECE: _____, de profesión _____
nombre del declarante

y vecino de _____
direccion del declarante

y **DEBIDAMENTE JURAMENTADO DECLARA:** Que conoce personalmente a _____
nombre del solicitante

por espacio de _____ años. **DA FE** de su buena conducta moral y le recomienda a la **JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD** como persona apta para ejercer la profesión de **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD** en Puerto Rico.

_____
FIRMA DEL DECLARANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día _____ de _____ **de** _____,

en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

SELLO DEL NOTARIO

_____
FIRMA DEL NOTARIO

HOJA DE COTEJO - PARA USO EXLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN	**DENEGADA**
Presidente	Presidente
Miembro	Miembro
Miembro	Miembro
Miembro	Miembro
Miembro	Miembro
Miembro	Miembro
Miembro	Miembro
Fecha	Razón
	Fecha

---

fecha aprobación del examen

Núm. Lic. Expedida

Fecha de Licencia

INFORMACION GENERAL

La Solicitud de Examen y Licencia debe ser cumplimentada en todas sus partes, ser juramentada ante Notario Público y adjuntarse a la misma una fotografía autografiada, tomada en los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud.

El Reglamento General de la Junta provee para expedir una licencia provisional al solicitante admitido a examen de reválida. Esta licencia tendrá vigencia hasta que la Junta celebre el examen más próximo a su expedición y dé a conocer el resultado. El solicitante que interese obtener esta licencia provisional, debe pagar los derechos de la misma mediante giro postal o bancario por la cantidad de $10.00 y pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

La solicitud no será procesada hasta tanto el candidato haya sometido toda la información y evidencia que la misma requiere.

La oficina de la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud está ubicada en el Edificio Victory, Oficina 202, Ave. Roberto H. Todd #800, Pda. 18, Santurce, Puerto Rico y la dirección postal es: Call Box 10200, San Juan, Puerto Rico 00908-0200. Tel. 725-8161

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESION DE ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD E INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD

De acuerdo con la Ley Núm. 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada, y el Reglamento de la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud, el solicitante a examen y licencia debe reunir los siguientes requisitos y presentar evidencia.

1. **Ser mayor de edad.**

   Presentar Certificado de Nacimiento. Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o Certificado de Naturalización **y presentar el documento para verificación** en la oficina de la Junta.

2. **Ser residente de Puerto Rico.**

3. **Presentar declaración jurada de dos (2) miembros de la comunidad, acreditativas de la buena conducta moral del solicitante.** (Formato para este propósito se provee en el formulario de solicitud.)

   En adición a las declaraciones juradas, el solicitante debe presentar Certificado de Antecedentes Penales, expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud.

4. **Presentar Certificado Médico acreditativo de que el solicitante goza de buena salud.** (Formato para este propósito se provee en el formulario de solicitud.)

5. **Presentar diploma o su equivalente acreditativo de haber obtenido el grado de Maestro en Administración de Hospitales o Administración de Servicios de Salud.** (Si el solicitante es graduado en Puerto Rico, el programa debe estar acreditado por el Consejo de Educación Superior y si es graduado en Estados Unidos, el programa debe estar acreditado por la entidad nacional "Accrediting Commission on Education for Health Services Administration".

   El solicitante debe presentar **original y copia** de su diploma o certificado de graduación. (El original será devuelto al solicitante una vez sea verificada la copia en la oficina de la Junta)

   En adición al diploma o certificado de graduación, el solicitante debe requerir a la Universidad el envío de una transcripción oficial de créditos directamente a la oficina de la Junta.

6. **Pagar los derechos de examen y licencia.**

   Giro postal o bancario por la cantidad de $15.00 y pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico debe ser incluído con la solicitud.

7. **Aprobar el examen de reválida administrado por la Junta.**

8. **Cumplir un año en el Servicio Público o ser eximido de este requisito por el Secretario de Salud.**

...véase al dorso