



Proceso para Tramitar la Solicitud de Licencia Provisional y Examen de Reválida de Enfermería

1. El estudiante tiene que solicitar graduación del grado a obtener (Asociado o Bachillerato). La solicitud de graduación la realiza en la oficina de Registraduría y realizará el pago correspondiente.
eimorales@metro.inter.edu
2. Solicitar en el Departamento de Enfermería la **Solicitud de Licencia Provisional y Examen de Reválida de Puerto Rico** y el **Formulario de Licencias de Puerto Rico y Estados Unidos**.
lsalas@metro.inter.edu y malikajames@intermetro.edu
3. Completar la **Solicitud de Licencia Provisional y Examen de Reválida**, el cual solicita la siguiente información:
 - Foto 2x2
 - Afidávit por un abogado
 - Pueden comunicarse con la Lcda. Saideth Cristóbal al 787-367-0412 o vía correo electrónico a lcdasaidethcristobal@gmail.com – Costo \$25.00
 - Información personal
 - Certificación médica
 - Referencias personales
 - Recopilar los documentos solicitados en el formulario.
4. El estudiante deberá completar las encuestas de Survey Monkey según aplique del grado obtenido y el idioma del programa en el que estudió. Adicional completar el Formulario de Licencias de Puerto Rico y Estados Unidos.
5. Entregar en el Departamento de Enfermería debidamente completada la **Solicitud de Licencia Provisional y Examen de Reválida, junto con una Certificación de Grado, el Formulario de Licencias de Puerto Rico y Estados Unidos y Evidencia de las Encuestas de Survey Monkey** realizadas al asistente administrativo del departamento de lunes a jueves de 9:00am a 4:00pm. Estos documentos podrán ser recogidos por el estudiante el viernes de esa misma semana en el mismo horario.
5. Pasar por la oficina de Recaudaciones para pagar una transcripción de créditos, y luego entregar el recibo en la oficina de Registraduría, donde solicitará la transcripción de créditos.
sllorens@metro.inter.edu (Recaudaciones) y eimorales@metro.inter.edu (Registraduría).
6. La Oficina de Registraduría de la Universidad de Interamericana de PR, enviará los documentos oficiales de su expediente académico a la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico.
7. Los documentos debidamente firmados por la Directora del Departamento de Enfermería serán devueltos al egresado para llevarlos a la Oficina de Registraduría y le coloquen el **sello institucional**.
8. Luego de que reciba el documento certificado por la Oficina de Registraduría, deberá entregarlos en la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico con los documentos requeridos en original y copia (véase instrucciones al dorso de la **solicitud de licencia provisional y examen de reválida**).

**SURVEY MONKEY
2021-2022**

Bachillerato / Bachelor

Español

Egresado - <https://es.surveymonkey.com/r/6FBLM5V>

Avalúo de Currículo - <https://es.surveymonkey.com/r/6FBQTQ6>

English

Graduates - <https://es.surveymonkey.com/r/6FHHBSW>

Curriculum Assessment - <https://www.surveymonkey.com/r/6FHRPKN>

Asociado / Associate

Español

Egresado - <https://es.surveymonkey.com/r/6FH8WCS>

Avalúo de Currículo – <https://es.surveymonkey.com/r/6FBP5VL>

English

Graduates - <https://es.surveymonkey.com/r/6F6WRGJ>

Curriculum Assessment - <https://www.surveymonkey.com/r/6F628R5>



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CARMEN TORRES DE TIBURCIO

FORMULARIO LICENCIAS DE PUERTO RICO & ESTADOS UNIDOS

Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección Residencial:

Número de Estudiante:

Correo Electrónico:

Género:

Teléfonos:

Mes & Año en que ingresó al programa:

/

Años que le tomó estudiar:

Qué grado está solicitando:

AASN

BSN

Año en que se graduó:

Si solicitó Asociado, ¿piensa continuar con el Bachillerato?

SI

NO

Concentración Menor, si aplica:

País/Estado donde está solicitando la licencia:

Firma:

Fecha:

----- **PARA USO ADMINISTRATIVO** -----

Documentos entregados por el estudiante:

Certificación de Grado

Transcripción de Crédito

Estudiante completó Survey Monkey:

SI

NO

Termino Académico actual:

Recibido por:



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD DE LICENCIA DE ENFERMERA(O) LPN ADN BSN ESP PA

Nombre		Apellidos, Nombre [en letra de molde]	
Licencia mediante:		Idioma en que tomará el examen de PR	
<input type="checkbox"/> Examen de Reválida de PR	<input type="checkbox"/> Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Endoso	<input type="checkbox"/> Extranjero	Propósito de la solicitud:	
		<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Educador

Dirección Postal			
	Pueblo:	País:	Código Postal
Teléfono	Residencial o Celular:		Familiar:
Correo electrónico			

<p>ADHIERA FOTO AQUÍ 2X2</p> <p>DEBE ESTAR FIRMADA</p>	<p>DECLARACION JURADA</p> <p>COMPARECE _____ Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO</p> <p>Nombre completo del solicitante</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>Firma del Solicitante</p>	
<p>Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ___ de _____ año ____</p> <p>Affidavit No. _____</p> <p>Firma de Notario: _____</p>	
<p>SELLO DE ASISTENCIA LEGAL</p>	



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: <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Otra (especifique) Indique Núm. Tarjeta de Residente _____	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Acomodo razonable: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
<input type="checkbox"/> Practica/o (LPN) <input type="checkbox"/> Asociado (ADN) <input type="checkbox"/> Generalista (BSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
<input type="checkbox"/> Enfermera/o Especialista (MSN)	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
Practica Avanzada <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Especialista Clínico	Institución donde obtuvo el grado	Año de Graduación
Concentración clínica / Rol		
INFORMACION PROFESIONAL		
¿Tiene o ha tenido licencia de Enfermería en Puerto Rico u otra jurisdicción de los EEUU? 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: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Categoría y Jurisdicción	Fecha en que fue conferida	
Núm. de Licencia	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	
Profesión	Núm. de Licencia	Fecha en que fue conferida
Jurisdicción	Estatus: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____	

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



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?		

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud, NO familiar del solicitante)

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 persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Enfermería.

Nombre	
Dirección	
Profesión y Núm. LIC.	
Número de años que conoce al candidato	
Nombre	
Dirección	
Profesión y Núm. Lic.	
Número de años que conoce al candidato	



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

CERTIFICACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION 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. Direccion _____
4. Grado de Enfermería _____
5. Fecha en que fue admitido/a o clasificado/a en el programa _____
6. Fecha en que completo 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 completo el programa y recibió el grado académico.

(SELLO DE LA INSTITUCION)

Nombre _____

Titulo _____

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 MEDICO

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 _____ encontrándole en buen estado general de salud (física y mental) y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Medico

Fecha



DEPARTAMENTO DE SALUD
 Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
 PO Box 10200 Santurce PR 00908
 787- 765-2929

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

ACCION DE PERSONAL ORCPS

Firma de secretaria que recibe la solicitud: _____

Número de Licencia Provisional si aplica: _____

Firma secretaria que realiza licencia Provisional: _____

Número de licencia Permanente: _____

ACCION 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:	

SELLO DE RECAUDO:



DEPARTAMENTO DE SALUD
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
PO Box 10200 Santurce PR 00908
787- 765-2929

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Requisitos Generales

(SOLO USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA)

Nombre: _____

Convocatorias: __ Invierno __ Primavera __ Verano __ Otoño

___ Presentar ante la Junta la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea. Aquellas solicitudes que sean sometidas desde 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.

___ Pago de \$ _____ por concepto de Examen de Reválida. Este pago se entrega cuando se le contacte para inscribirse. 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 EEUU 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 registradora que indique el rol funcional.
(Solamente aplica para la categoría de Enfermera(o) Especialista).

___ 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 original del Certificado de antecedentes penales expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.

___ Al momento de entregar la licencia debe presentar la Certificación de negativa de ASUME o plan de pago, 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 EEUU. 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 Escuela 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 sello.

___ Si el aspirante ha trabajado en territorio de los Estados Unidos deberá presentar evidencia de informe del "National Practitioner Data Bank".

___ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.

___ Candidatos con licencia de enfermería vigente en los EEUU deben incluir "Good Standing" de la jurisdicción donde poseen la licencia enviado por correo, directamente a la JUNTA.

___ **Todo candidato a licencia de enfermería de Puerto Rico por endoso o extranjero deberá presentar Background check.**

- Los pagos pueden ser por **ATH, Visa o Master Card**, o en giro postal a nombre de: **Secretario de Hacienda**. No son reembolsables.
- No se aceptarán solicitudes incompletas.
- Toda solicitud que esté incompleta por falta de transcripción de créditos o certificación de grado, **5 días posteriores al cierre NO será elegible para la reválida de esa convocatoria.**
- La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.

Recibido por: _____ **Fecha:** _____

Entregado por: _____ **Gestor** _____ **Candidato**



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 JEP. 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, que 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: _____



DEPARTAMENTO DE SALUD
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
PO Box 10200 Santurce PR 00908
787- 765-2929

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Pagos por Conceptos de Solicitudes:

- Solicitud de categoría de Enfermera(o) Práctico \$15.00
- Solicitud de las categorías de Enfermera(o) Asociado y Generalista \$25.00
- Solicitud de categoría de Enfermera(o) Especialista Maestría \$30.00
- Solicitud de categoría de Enfermera(o) Practica Avanzada \$30.00
 - Anestesia
 - “Nurse Practitioner”
 - Especialista Clínico

- Solicitud de Cambio de Licencia de Asociado a Generalista \$25.00
- Solicitud de Revisión de Examen \$20.00
- Solicitud de Endoso y Extranjero \$50.00



Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida
Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre

Seguro Social (Últimos 4 dígitos)	Fecha de Nacimiento (día-mes-año)	Género

Ciudadanía: _____ Teléfono: () _____ - _____

Dirección Postal: _____

Ciudad

País

Código Postal

Correo Electrónico: _____

Categoría:

- Práctica(o) Asociado Generalista Practica Avanzada Anestesiista

Institución Educativa de Procedencia

Pueblo de Institución

--	--

Número de Intentos: _____ Acomodo Razonable: Sí No ¿Qué tipo de Acomodo Solicita? _____

Fecha de Terminación de Estudios

Periodo de Examen

Mes:	Año:	
------	------	--

Fecha

Firma del Candidato