



SOLICITUD PARA RE-EXAMEN



| | |
|--|--|
| Nombre | |
| | <i>Apellidos, Nombre [en letra de molde]</i> |
| Examen a tomar | |
| <input type="checkbox"/> Examen de Reválida de Puerto Rico <input type="checkbox"/> ECAELP <input type="checkbox"/> Examen EPPP - * EPPP no está disponible en español | |
| <i>Última fecha en que solicitó examen o re-examen:</i> | |

| | | |
|-------------------|--|-------------------|
| Dirección Postal | | |
| Teléfono Personal | | Teléfono Trabajo: |
| Email | | |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| <i>Grado más alto en Psicología</i> | <i>Institución donde obtuvo el grado:</i> | <i>Año de Graduación</i> |
| | <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> de Consejería <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Industrial-Organizacional <input type="checkbox"/> Académica Investigativa <input type="checkbox"/> Social Comunitaria <input type="checkbox"/> Otra (indique) | |
| <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado | | |

| INFORMACIÓN PERSONAL | | |
|---|--|--|
| Fecha de Nacimiento <i>mm/dd/yyyy</i> | Lugar de Nacimiento <i>Pueblo/País</i> | Número de Seguro Social |
| <i>Ciudadanía:</i> <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <i>Indique Núm. Tarjeta de Residente</i> | <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | <i>Acomodo razonable:</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo completar y anejar la Solicitud para Acomodo Razonable. |

¿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 y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Médico

Fecha

NO SE ACEPTAN FIRMAS DIGITALES

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Tiene o ha tenido licencia de Psicólogo en otra jurisdicción de los EEUU? SI NO

Si la respuesta es afirmativa indique estado/territorio en el cual tiene o ha tenido licencia para ejercer como psicólogo.

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <i>Jurisdicción</i> | | <i>Fecha en que fue conferida</i> |
| <i>Núm. de Licencia</i> | <i>Estatus:</i> <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
| <i>Jurisdicción</i> | | <i>Fecha en que fue conferida</i> |
| <i>Núm. de Licencia</i> | <i>Estatus:</i> <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
| ¿Tiene o ha tenido licencia para ejercer cualquier otra profesión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| <i>Si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente para cada profesión.</i> | | |
| <i>Profesión</i> | <i>Núm. de Licencia</i> | <i>Fecha en que fue conferida</i> |
| <i>Jurisdicción</i> | <i>Estatus:</i> <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
| <i>Profesión</i> | <i>Núm. de Licencia</i> | <i>Fecha en que fue conferida</i> |
| <i>Jurisdicción</i> | <i>Estatus:</i> <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

Firma del Solicitante

ACCIÓN DE LA JUNTA

APROBADA

DENEGADA

Fecha:

OBSERVACIONES:

FIRMAS

Presidente

Miembro de Junta



Formulario de Solicitud de Examen de Reválida -

FAVOR DE COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Últimos 4 Dígitos
Del número de SS

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F

M

Sexo

Ciudadanía

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Correo Electrónico

Dirección Postal: _____

Ciudad

País

Código Postal

Grado:

M

D

Seleccionar área de Práctica de Programa:

- 01 – Clínica
- 02 – Escolar
- 03 – Consejería Psicológica
- 04 - Industrial Organizacional
- 05 – Social Comunitario
- 06 – Académico Investigativo

Fecha de Solicitud

Número de Intento:

Fecha de Graduación:

Acomodo Razonable:

Institución de Procedencia:

Candidato

Para uso de la ORCPS: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____

**DECLARACIÓN DEL CANDIDATO**

1. Tengo el deber ético de proteger la seguridad y validez del Examen de Reválida de Psicólogos creado por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico (JEP).
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 JEP podrá prohibir al candidato futura admisión al Examen.
3. Este examen y los ítems que contiene son propiedad exclusiva de la JEP.
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 JEP y por los costos legales incurridos por la JEP 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 JEP.
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 JEP 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: _____

Incluir los siguientes documentos:

1. **Foto** tamaño **2 X 2**, colocar según corresponde
2. **Copia de identificación** – Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte.
3. Certificado de **Antecedentes Penales** vigente no menos de **30 días de la fecha de radicación**.
4. **Dos sobres pre dirigidos y con sello de correo**.
5. Pago de **\$75.00** por concepto de solicitud, no reembolsable.
6. Pago de **\$100.00** a Didaxis por concepto de **Examen de Reválida de Puerto Rico**. Este pago se entrega cuando Didaxis le contacte para inscribirse. El pago no es reembolsable.
7. **Candidatos ECAELP** - Pago de **\$60.00** a Didaxis por concepto de Examen **Competencias en Asuntos Éticos, Legales y Profesionales (ECAELP)** **SOLO CANDIDATOS QUE YA TIENEN EL EPPP**. Este pago se entrega cuando Didaxis le contacte para inscribirse, el pago no es reembolsable.
8. Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica. **ORIGINAL**
9. **Deberá escribir el número del Candidato en la página # 3.**
10. Si el grado académico es diferente al cual tenía cuando solicitó, favor de incluir Transcripción de Créditos oficial con grado conferido. **No se aceptan por correo electrónico.**

* “Si obtuvo un grado Doctoral luego de haber solicitado Revalida por primera vez con un grado de Maestría, deberá Solicitar la Trasccripción de Créditos y la Certificación de Grado con grado conferido para ser enviadas directamente por la institución a:

Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico
PO Box 10200 Santurce PR 00908”.

* *Los pagos pueden ser por **ATH, Visa o Master Card** o en **giro postal** a nombre de: Secretario de Hacienda.*

* *No se aceptarán solicitudes incompletas.*

* *La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente.*

* **TODA SOLICITUD QUE ESTÉ INCOMPLETA POR FALTA DE TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITOS O CERTIFICACIÓN DE GRADO, 5 DÍAS POSTERIORES AL CIERRE DE LA CONVOCATORIA NO SERÁ CONSIDERADA.**