

PUERTO RICO
Background Check Program
DEPARTAMENTO DE SALUD

Proceso para solicitar citas prepago



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Solicitar Cotización

- Para solicitar una cotización deberán de comunicarse con la compañía que maneja la plataforma de citas del Departamento de Justicia, Biometrics4ALL, a través de correo electrónico a sales@biometrics4all.com con la cantidad de personas a las que le realizarán el proceso.

Códigos prepagos

- Una vez solicitada la cotización y realizado el pago global, la compañía Biometrics4ALL les estará enviando la siguiente información:
 1. Enlace con el que realizaran la cita (el cual contiene un código de acceso directo)
 2. Códigos prepagos (si usted pago por 20 personas, le enviaran 20 códigos)
- Una vez recibido los códigos prepagos, deberán asignarle un código a cada empleado.

Pasos para realizar la cita

1. Acceder al enlace enviado por Biometrics4LL.
2. Seleccionar el botón rojo que indica **Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)**
3. Iniciar sesión colocando el correo electrónico con el que van a realizar las transacciones.
4. Colocar el código de acceso que recibirán en el correo electrónico.
5. Proceder como invitado.



Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)

Departamento de Salud (Solicitantes fuera de Puerto Rico)

Inicia sesión para continuar

Advanced Authentic...

Por favor introduzca una dirección de correo electrónico válida.

Introduce tu correo electrónico

Email del invitado (obligatorio): Al ingresar su dirección de correo electrónico, usted acepta cumplir y estar sujeto a los Términos de uso a continuación. El correo electrónico se utilizará para la comunicación asociada con su transacción.

Proceder como invitado

Términos de Uso: Al iniciar sesión, puede tener acceso a información restringida. El uso del sistema puede ser monitoreado y sujeto a auditoría. El uso no autorizado del sistema está prohibido y puede estar sujeto a sanciones penales y / o civiles. El uso del sistema indica el consentimiento para el monitoreo.

ApplicantServices.com Login Code

applicantservices@cjis.pr.gov

To: PNIEVESG@LIVE.COM

Wed 3/1/2023 12:32 PM

Sus ApplicantServices.pr.gov código de 6 números de uso único: 915538
Código de acceso de inicio de sesión expirará en 5 minutos.

*** Este es un correo electrónico generado por el sistema. Por favor, no responda. ***

Sinceramente,
Equipo de soporte de ApplicantServices.pr.gov

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación con su contenido puede contener información confidencial y / o legalmente privilegiada. Es únicamente para el uso de los destinatarios previstos. La interceptación, revisión, uso o divulgación no autorizados están prohibidos y pueden violar las leyes aplicables, incluida la Ley de Privacidad de las Comunicaciones Electrónicas. Si no es el destinatario, comuníquese con el remitente y destruya todas las copias de la comunicación.

Inicia sesión para continuar

Advanced Authentic...

Have not received one-time access code? [Try again.](#)

PNIEVESG@LIVE.COM

915538

Consulte su correo electrónico para obtener un mensaje de ApplicantServices@cjis.pr.gov que contenga "Código de inicio de sesión". Antes de usar el "Código de inicio de sesión", verifique que la fecha y hora de "Emisión" sea posterior a la entrada de correo electrónico de su invitado. En otras palabras, asegúrese de que sea el código más nuevo.

Proceder

Términos de Uso: Al iniciar sesión, puede tener acceso a información restringida. El uso del sistema puede ser monitoreado y sujeto a auditoría. El uso no autorizado del sistema está prohibido y puede estar sujeto a sanciones penales y / o civiles. El uso del sistema indica el consentimiento para el monitoreo.

Pasos para realizar la cita

6. Una vez se inicie sesión, el sistema le solicitara que coloquen el código de acceso directo y el código prepago, luego presionaran siguiente.



The screenshot shows a web interface for appointment booking. At the top, there is a dark purple header with a logo on the left and links for 'Contactenos' and 'Cerrar sesion' on the right. Below the header is a dark blue navigation bar containing a 'Select Language' dropdown, a 'Translation Renuncia' link, and three menu items: 'Ubicación de Localidades', 'Historial de transacciones', and 'Mi Cuenta'. The main content area is white and contains two input fields. The first field is labeled '* Codigo de acceso directo' and has a yellow background; it includes a small 'X' icon on the right. Below this field is a dark blue button labeled 'Siguiente'. The second field is labeled '* Codigo Prepago o Codigo de Verificacion' and also has a yellow background; it contains the placeholder text 'Ingresa el Codigo Prepago que te asignaron o Codigo de Verificacion'. Below this field is a light gray button labeled 'Siguiente'. A red asterisk and the word 'Necesario' are positioned to the right of the first input field.

Pasos para realizar la cita

7. Comenzaran el proceso de validar la información y realizar la cita para la toma de huellas.

- **Paso 1 – Transacción:** Este paso es informativo y presentará que la razón para toma de huella es de licenciamiento o empleo y el número de la agencia quien realizara la toma de huellas.
- **Paso 2 – Importación de Datos:** Utilizando el número de solicitud (Screening Id) y el primer apellido de la persona.
- **Paso 3 – Información Personal:** *Presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema, la persona debe validar que toda su información este correcta y que la dirección sea la dirección física, la información que este en blanco puede permanecer en blanco, con excepción del seguro social, una vez se valide la información se pasa al siguiente paso.*
- **Paso 4 - Información demográfica:** *Presentará la información que el sistema importó de la solicitud realizada en nuestro sistema y una vez confirmada la misma se pasa al siguiente paso.*
- **Paso 5 - Selección de la localidad donde se tomará la huella dactilar:** *Presentará el listado de las máquinas disponible para la toma de huellas y su ubicación, cada localidad, aunque sea la misma tiene su propio calendario y de no encontrar citas en una localidad puede cambiarla para validar disponibilidad en la otra localidad.*
- **Paso 6 - Cita:** *Aquí seleccionara la fecha y hora en la que se presentara a la localidad para tomarse las huellas dactilares y fotografía.*
- **Paso 7 – Confirmación:** Brinda un resumen de la localidad seleccionada día y hora de la cita y la información de la localidad donde se tomaran las huellas dactilares. Esto no será valido hasta que se complete y el sistema le presente el Payment Id.

PASO 1 Transacción

Retroceder

Siguiente

* Razón de toma de huellas dactilares

CMS NBCP 6201

?

Retroceder

Siguiente

* Necesario

PASO 2 Importar

Retroceder

Siguiente

* Screening Request ID

103984

* Apellido

NIEVES

?

Retroceder

Siguiente

* Necesario

PASO 3 Personal

Retroceder

Siguiente

* Necesario

* Nombre de pila	Segundo Nombre
PABLO	TEST RECORD
Sufijo	Alias Apellido
JR, SR, I, II, III, IV, etc. (si aplica)	Ingresar Alias Apellido (si aplica)
Alias Nombre de pila	Alias Segundo Nombre
Alias Primer Nombre (si aplica)	Segundo Nombre de Alias (si aplica)
Alias Sufijo	* Fecha de nacimiento
JR, SR, I, II, III, IV, etc. (si aplica)	2000/01/01
* Lugar de nacimiento	País de ciudadanía
PR	Tipo abreviatura o nombre completo. Si no encuentra el país en el menú desplegable
Número de seguro social (SSN)	Confirm Número de seguro social (SSN)
XXX-XX-1131	9 dígitos de SSN (sin guiones)
Ocupación	Empleador y Dirección
Anote la ocupación de la persona (si se conoce)	potencial empleador de la persona y de su dirección (es decir, la empresa XYZ, 123 Calle t
Dirección Línea 1	Número de Apartamento
G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA	
Ciudad de Residencia	Estado de Residencia
SAN JUAN	PR
Zip de Residencia	País de Residencia
00926	US
Dirección de Residencia	
G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA,SAN JUAN,PR,US,00926	

PASO 4 Demografía

Retroceder

Siguiente

* Necesario

* Género	* Raza
M	W
* Altura	* Peso
510	160
* Color de Ojos	* Color de cabello/pelo
BRD	PLE

Retroceder

Siguiente

PASO 5 Ubicaciones

Retroceder

Siguiente

Lugares de escaneo en vivo cerca:

G25 CALLE TESTAGAN URB TELUCIA, SAN JUAN, PR 00921

Buscar

Búsqueda cercana

Dirección de casa

Otras

Seleccione uno de los Centros de servicio de LiveScan a continuación haciendo clic en la casilla de verificación junto a él.

Centro de servicio	Distancia	Horas	
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) - PR_DOH001 Calle Maga Interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.14 mi	M-Th:8am-11:45am,1pm-3:15pm F:8am-11:45am	Schedule Appointment
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) - PR_DOH002 Calle Maga Interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.14 mi	M-Th:8am-11:45am,1pm-3:15pm F:8am-11:45am	Schedule Appointment
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) - PR_DOH003 Calle Maga Interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921 Contacto: (787) 522-3966 x2234 Obtener las direcciones Envíenos un correo electrónico	2.14 mi	M:8am-11:30am,1pm-2:30pm F:7:30am-11:30am,1pm-2pm	Schedule Appointment

PASO 6 Cita

Retroceder

Siguiente

Seleccione una fecha y hora, luego haga clic en Siguiente.

April 2023

Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

8:00 AM

8:15 AM

8:30 AM

8:45 AM

9:00 AM

9:15 AM

9:30 AM

9:45 AM

10:00 AM

10:15 AM

10:30 AM

10:45 AM

11:00 AM

11:15 AM

11:30 AM

Nombre
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)
Dirección
Calle Maga Interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Datos de contacto
(787) 522-3966 x2234
prbackgroundcheck@salud.pr.gov
Horas
M-Th:8am-11:45am,1pm-3:15pm
F:8am-11:45am
(Hora local de la tienda)

Esperando que los servicios se realicen entre 8:00 AM y 8:15 AM. Recibirá el servicio dentro de los 30 minutos, preséntese 5 minutos antes de la hora de su cita.

Retroceder

Siguiente

PASO 7 Confirmación

Retroceder

Siguiente

Application Purpose: Departamento de Salud (Residentes de Puerto Rico)
Tipo de Transacción: FBI Direct
Centro de servicio: Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)
Hora de la cita: Wednesday, 04/12/2023 8:00 AM (ADT)
Dirección: Calle Maga Interior Edif. E (OIAT) Centro Medico Sur, San Juan, PR 00921
Datos de contacto: (787) 522-3966 x2234
Horas de operación: M-Th:8am-11:45am, 1pm-3:15pm F:8am-11:45am

Retroceder

Siguiente

FBI Direct

SOLICITUD DE LIVESCAN

Fecha de Caducidad:



Payment ID:

Pagado en su totalidad en línea.
NO PAGUE NINGUNA OTRA TARIFA

Información del solicitante (TODO EN MAYÚSCULAS)

* Representa información obligatoria

* Apellido:

* Primer Nombre:

* Fecha de Nacimiento:

Razón de toma de
huellas dactilares:

CMS NBCP 6201

Declaración de la Ley de Privacidad

La adquisición, retención e intercambio de información presentada por el FBI en este formulario generalmente está autorizada bajo 28 USC 534 y 28 CFR 16.30-16.34. El propósito de solicitarle esta información es proporcionar al FBI un mínimo de datos de identificación para permitir una búsqueda precisa y oportuna de los registros de identificación de antecedentes penales. Proporcionar esta información (incluido su número de cuenta del Seguro Social) es voluntario; sin embargo, el no proporcionar la información puede afectar la finalización de su solicitud. La información reportada en este formulario puede divulgarse de conformidad con su consentimiento, y también puede ser divulgada por el FBI sin su consentimiento de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 y todos los usos de rutina aplicables.

Imprima este formulario y llévelo a esta ubicación para que le tomen las huellas digitales. Debe traer este formulario junto con dos formas de identificación (al menos una debe ser una identificación con foto emitida por el gobierno).



Documentos a presentar

EL DÍA DE LA CITA PARA TOMARSE LAS HUELLAS DEBERA PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. ID de Pago
2. El [formulario de consentimiento para la toma de huellas](#)
3. Identificación válida **NO VENCIDA**. Deberá ser física, **NO COPIA Y NO DIGITAL** las cuales incluye:

CIUDADANOS NACIDOS EN PR Y LOS ESTADOS UNIDOS

- Licencia de conducir original estatal (**REAL ID**) o federal vigente de forma física **NO digital, NO copia**
- Tarjeta de identificación original estatal o federal “**Real ID**”
- Pasaporte (**libreta, no tarjeta**) original de los Estados Unidos vigente de forma física **NO digital, NO copia, NO tarjeta**
- Tarjeta original de acceso común del Departamento de Defensa
- Tarjeta original de Identificación Tribal de los Estados Unidos o de la Oficina de Asuntos Indígenas

CIUDADANO **NO NACIDO EN PR O LOS ESTADOS UNIDOS Y EXTRANJEROS**

- Pasaporte **original** (**libreta, no tarjeta**) de los Estados Unidos vigente de forma **física**, **NO digital, NO copia, NO vencido**
- ó
- Pasaporte extranjero **original** [con uno de los siguientes](#) documentos de inmigración apropiados:
 - Certificado de ciudadanía (N560)
 - Certificado de Naturalización (N550)
 - Tarjeta de residencia para extranjeros INS I-551 emitida desde 1997
 - INS 1-688 Tarjeta de identificación de residente temporal
 - INS I-688B, I-766 Tarjeta de Autorización de Empleo

Documentos a presentar

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO		RENOVACION
 SAIUD		☐ SI ☐ NO
SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD		
1A. ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN		
1B. TELÉFONO ENTIDAD		
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE SE HARÁ LA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES Y LAS HUUELLAS DACTILARES		
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE EE.UU. ☐ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		
3. GÉNERO ☐ M ☐ F		
4. ESTATURA ☐ * PESO ☐ LBS		
5. NOMBRE SEGUN SU LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO VÁLIDA		
NOMBRE ☐ SEGUNDO NOMBRE ☐ APELLIDO PATERNO ☐ APELLIDO MATERNO ☐		
ESCRIBA LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE		
NOMBRE ☐ SEGUNDO NOMBRE ☐ APELLIDO PATERNO ☐ APELLIDO MATERNO ☐		
7. CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS ☐ NO ☐ PAÍS DE NACIMIENTO		
RESIDENTE PERMANENTE LEGAL NO. ID ☐ MARRON ☐ OJOS ☐ B/K ASIATICO ☐ MULTICOLOR		
EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR NO. ID ☐ MARRON ☐ OJOS ☐ B/K ASIATICO ☐ MULTICOLOR		
8. IDENTIFICACIÓN		
☐ LICENCIA DE CONDUCIR ☐ EXP ☐ / ☐ / ☐		
☐ PASAPORTE # ☐ EXP ☐ / ☐ / ☐		
☐ REAL ID # ☐ EXP ☐ / ☐ / ☐		
9. AGENCIA QUE LA OTORGA (OTOP O PAIS)		
10. RAZA		
☐ CAUCASICO (PUERTO RICO, CUBA, MEXICO, AMERICA CENTRAL, SUR AMERICA) ☐ COLOR PELO ☐ CALVO ☐ ROJO ☐ ARENA		
☐ ASIATICO ☐ CASTAÑO ☐ RUBIO ☐ NEGRO ☐ NEGRO ☐ AZUL ☐ VERDE		
☐ INDIO AMERICANO O ALASKA NATIVO ☐ MARRON ☐ GRIS O PARCIAL ☐ ROSA ☐ VIOLETA		
12. NÚMERO DE TELÉFONO ()		
13. CORREO ELECTRONICO		
14. DIRECCIÓN FÍSICA ACTUAL		
TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN - DESDE MES ☐ AÑO ☐		
CIUDAD ☐ ESTADO ☐ CÓDIGO POSTAL ☐		
15. DIRECCIÓN POSTAL A LA QUE PODAMOS ENVIARLE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SER DIFERENTE A LA FÍSICA		
CIUDAD ☐ ESTADO ☐ CÓDIGO POSTAL ☐		
16. ¿HA VIVIDO EN ALGUNA OTRA DIRECCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		
☐ SI ☐ NO ☐ DÓNDE? ☐		
1. DIRECCIÓN ANTERIOR		
TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES ☐ AÑO ☐		
HASTA MES ☐ AÑO ☐		
CÓDIGO POSTAL ☐		
2. DIRECCIÓN ANTERIOR		
TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE MES ☐ AÑO ☐		
HASTA MES ☐ AÑO ☐		
CÓDIGO POSTAL ☐		
17. DEBE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA AÑADIR MÁS DELITOS O ACUSACIONES		
17A. ¿Ha sido condenado de algún cargo o crimen? ☐ SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, complete los siguientes espacios:		
Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal: / /		
17B. ¿Tiene acusaciones (pendientes) en su contra por algún delito? ☐ SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, llene los siguientes espacios		
1. Disposición Final: País: Fecha del delito: / / En que Tribunal: / /		
17C. ¿Ha sido procesado y enmendado No culpable? ☐ SI ☐ NO ☐ En que Tribunal: / /		
17D. ¿Ha sido procesado y enmendado Culpable? ☐ SI ☐ NO ☐ En que Tribunal: / /		
17E. ¿Un tribunal o agencia ha emitido una orden o notificación que establezca que abuso sexualmente, maltrato físicamente, descuido, abandono o explotación a un niño, discapacitado o adulto vulnerable? ☐ SI ☐ NO ☐		
17F. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado un contrato por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ NO ☐		
17G. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado una licencia por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ NO ☐		
17H. ¿Ha renunciado a contrato o licencia por una agencia de gobierno intervenir en su contra por negligencia con niños, adultos mayores o discapacitados? ☐ SI ☐ NO ☐		
17I. ¿Algun tribunal emitió alguna vez órdenes en contra de usted por maltrato, abuso sexual, descuido, abandono, violencia doméstica, explotación o explotación financiera de un adulto vulnerable, discapacitado o niño? ☐ SI ☐ NO ☐		
• Ha tenido orden de protección por agresión sexual ☐ SI ☐ NO ☐		
• Ha tenido orden de protección por agresión sexual ☐ SI ☐ NO ☐		
• Ha tenido orden de protección civil anti acoso permanente, sea activa o vencida. Lea "permanente" en instrucciones. ☐ SI ☐ NO ☐		
18. TRABAJA ACTUALMENTE ☐ SI ☐ NO ☐ VOLUNTARIO ☐ BUSCO TRABAJO ☐		
Nombre del Patrono actual o con oferta de empleo a pública: Fecha de comienzo: / /		
19. ACEPTO QUE SOY LA PERSONA DESCRITA EN ESTE DOCUMENTO. Y:		
• Comprendo que si no digo toda la verdad en este documento puedo ser acusado de perjurio, podría incurrir con la Ley Núm. 300 del 2 de septiembre de 1999 según enmendada por la Ley Núm. 224 del 17 de diciembre de 2015 y podría no estar autorizado para ofrecer servicios yo trabajar con adultos vulnerables, menores o niños. Comprendo y acepto que mi firma en la casilla número 20 y mis iniciales significa que:		
• Autorizo al Departamento de Salud de PR a verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de ley o orden.		
• El resultado de mi verificación de antecedentes puede incluir información divulgada previamente por mi mismo y resultados de huellas dactilares que están en el sistema de Verificación de Antecedentes del DSPR y que esta información será reportada según lo permitido por las leyes federales y/o estatales.		
• Si se identifica un hallazgo final, el DSPR podrá reportar mi nombre y que se identificó un hallazgo en el resultado de la verificación de credenciales.		
• Autorizo al Departamento de Salud de PR a entregar el resultado de mi verificación de antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1.		
• Autorizo al Departamento de Salud de PR incluir mi FOTOGRAFIA como parte de la certificación de mi verificación de credenciales e historial delictivo.		
• Con la firma de este formulario estoy aceptando la información y los requerimientos aquí descritos y aquellos necesarios para el proceso de la certificación con mis huellas dactilares.		
Este formulario deberá estar firmado e iniciado para poder proceder con la toma de huellas dactilares el día de la cita. Se le apercibe que de no estar de acuerdo NO se llevará a cabo el proceso.		
20. REQUERIDO: SU FIRMA:		
Acepto incluir FOTOGRAFIA en la certificación: (Iniciales) FECHA DE HOY (DÍAS/MES/AÑO)		
21. Solicito y autorizo que mi huella sea registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI		
REQUERIDO: SU FIRMA. FECHA DE HOY (DÍAS/MES/AÑO)		

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO - LEY 300

Estas instrucciones le proporcionan indicaciones generales para llenar el formulario de autorización de verificación de credenciales e historial delictivo. El Programa de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Puerto Rico (por sus siglas en inglés PRBCP) no puede realizar la verificación de credenciales e historial delictivo a menos que se completen todos los encasillados requeridos.

IMPORTANTE: Indique si en una RENOVACION Completando el primer encasillado de la derecha.

Si usted no proporciona toda la información requerida, su verificación de antecedentes se retrasará.

ATENCIÓN ENTIDADES Y PERSONAS: Entregue este formulario de autorización sólo una vez. Múltiples entregas del mismo formulario de autorización ocasionan demoras en el procesamiento de las verificaciones de antecedentes.

SECCIÓN 1: ENTIDAD O PATRONO QUE LE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Esta sección corresponde al nombre del patrono, entidad de gobierno o privada, autoridades contratantes y/o nombre del proveedor por servicios profesionales.

Casilla núm. Instrucciones

1A. Escriba el nombre de la entidad, patrono o nombre de la persona (si es contratista independiente) que solicita la verificación de antecedentes.

1B. Escriba el teléfono que corresponda a la entidad, patrono o persona que solicita la Ley 300

SECCIÓN 2: A SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE QUE SE HARÁ LA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES Y LAS HUUELLAS DACTILARES

Esta sección debe ser completada por el solicitante. El solicitante es la persona cuyos antecedentes estamos verificando. El personal del DSPR no debe completar este formulario por el solicitante. Nota: El personal del programa de Servicios de Protección para Adultos (por sus siglas en inglés, "APS") puede completar la información del solicitante para una verificación de antecedentes para una investigación de APS.

Casilla núm. Instrucciones

2. Es requerido su número de seguro social. Su número de seguro social ayuda a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes a relacionar su nombre y fecha de nacimiento con registros existentes en nuestra base de datos y podría acelerar la tramitación de su verificación de antecedentes.

3. Escriba su fecha de nacimiento incluyendo el mes, día y año.

4. Escriba su género

5. Escriba su estatura y peso.

6. Nombre actual: Escriba su nombre, nombre intermedio y apellido como aparecen en su licencia de conducir vigente o en otra identificación primaria con fotografía. (Ver ejemplo más adelante) Identificaciones con fotografía emitidas por el gobierno que son aceptadas incluyen: licencia de conducir, Real ID, ID militar de Estados Unidos, pasaporte de Estados Unidos o extranjero, o identificación tribal con reconocimiento federal. Escriba N/A en cada casilla en la que no tenga un nombre que escribir.

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMO APARECE EN SU CERTIFICADO DE NACIMIENTO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE.

EJEMPLO NOMBRE: JUAN SEGUNDO NOMBRE: N/A APELLIDO PATERNO: DEL PUEBLO APELLIDO MATERNO: N/A

Otros nombres: Escriba en letra de molde todos los demás nombres, nombres intermedios o apellidos que haya utilizado. Incluya apodos, nombres de nacimiento, nombres de soltera, etc. Si no ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido, debe escribir N/A.

No debe ninguna casilla en blanco. (Vea los ejemplos más adelante)

Ejemplo 1 - cómo escribir dos apodos y un nombre de soltera. No se ha usado ningún otro nombre intermedio.

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE.

NOMBRE: JUAN SEGUNDO NOMBRE: N/A APELLIDO PATERNO: DEL PUEBLO APELLIDO MATERNO: N/A

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO TIENE.

NOMBRE: JUAN SEGUNDO NOMBRE: N/A APELLIDO PATERNO: DEL PUEBLO APELLIDO MATERNO: N/A

7. Marque si es ciudadano de los E.U. y complete ciudad o país de Nacimiento, de ser extranjero escribir el número de su identificación de residente permanente o su color de ojos.

8. Marque encasillado su color de ojos.

9. Escriba su # de licencia de conducir, pasaporte o identificación y el estado en el que fue emitida. La que estará presentando el día de la huella.

10. Marque encasillado su raza CAUCASICO (PUERTO RICO, CUBA, MEXICO, AMERICA CENTRAL, SUR AMERICA)

11. Marque encasillado color de pelo al momento de la toma de huella.

12. Número de teléfono en donde se le puede ser localizado durante el día.

13. Proporcione una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted.

14. Escriba su dirección física. Si su dirección física e indique el tiempo viviendo en la misma.

15. Escriba su dirección postal a la que BCCU pueda enviarle información confidencial, como una copia del resultado de su verificación de antecedentes.

16. Ha vivido de manera continua en la misma dirección sin vivir en otra dirección, pueblo, estado o país durante los últimos cinco años (60 meses), conteste SI. Si ha vivido en cualquier otro pueblo, estado país o dirección diferente a la indicada en el número 16 durante los últimos cinco años conteste SI y añada las direcciones anteriores y las fechas (desde, mes y año). Utilice otro papel de ser necesario o necesitar más espacio.

Vea información importante sobre cómo contestar preguntas de divulgación propia de acuerdo con la descripción para la casilla 17.

Casilla núm. 17 Instrucciones

17a y 17b - Debe marcar SI o NO. Si marca SI, debe escribir el nombre del delito, el grado (si lo tiene), el estado y la fecha de la condena(MM/DD/AAAA).

Si necesita completar condenas adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.

17c y 17d - Debe marcar SI o NO. Si marca SI, debe escribir el nombre de la acusación pendiente, el grado (si lo tiene) y el estado. Si necesita completar acusaciones pendientes adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes.

Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.

17e - 17f Lea cada pregunta cuidadosamente antes de contestar. Debe marcar SI o NO.

Indique si se encuentra trabajando, es voluntario, busca empleo, es estudiante o tiene oferta de empleo. Indique el patrono actual o la agencia o voluntario, entidad que le ofrece empleo o es fecha de comienzo y posición ha ocupar.

Lea las declaraciones en la casilla 19. Su firma e iniciales en la casilla 20 significa que ha leído, comprendido y aceptado las declaraciones de la 19.

Firme con su nombre según la casilla 6. Escriba sus iniciales aceptando y autorizando incluir su foto en la certificación de verificación de credenciales.

Escriba el mes / día / año (MM/DD/AAAA) en que firmó la casilla 20.

21. Solicito y autorizo que mi huella sea registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI.

En aquellos casos en que la persona continúe empleada o contratada con la misma entidad durante los (2) dos años subsiguientes a haber obtenido su certifi-

do de historial delictivo y dicha persona se encuentre registrada en el servicio de RAP BACK (Record of Arrest and Prosecution Background) del FBI el patrono deberá exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR para que la certificación sea válida por el siguiente año hasta

un máximo en total de 3 años desde que se realizó las huellas dactilares.

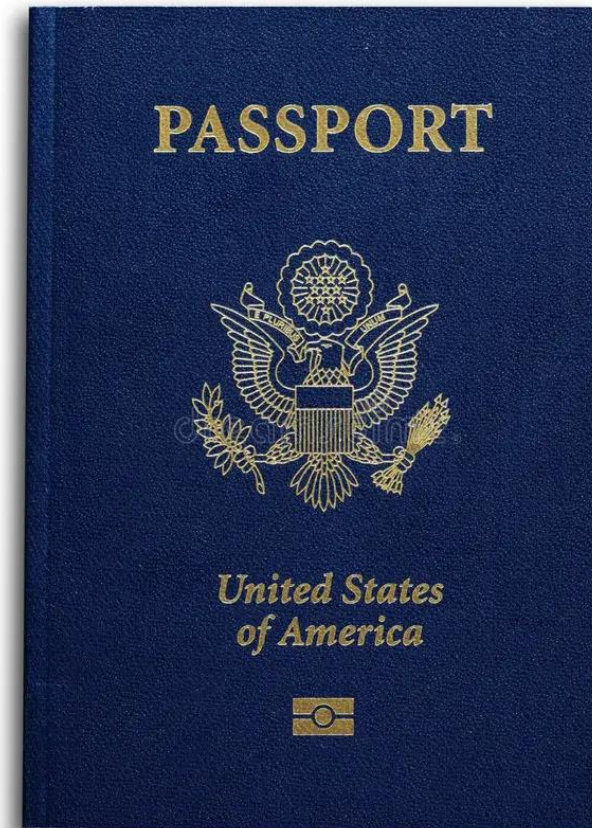
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA RESPUESTA A PREGUNTAS DE DIVULGACIÓN PROPIA: Sus respuestas a preguntas de divulgación propia se convierten en parte de su historial de verificaciones de antecedentes y se almacenan en la base de datos del DSPR. Las divulgaciones propias son reportadas como parte de su verificación de antecedentes, como cualquier otro historial de verificación de antecedentes que recibimos. Es importante que sus respuestas a preguntas de divulgación propia sean precisas y consistentes. Se recomienda encarecidamente que responda las preguntas de divulgación propia del mismo modo cada vez que llene el formulario de autorización de verificación de antecedentes, a menos que la pregunta haya cambiado o que la respuesta anterior fuera incorrecta. También se recomienda que consulte los documentos de la acusación, registros del tribunal u otros documentos oficiales y que lea sus condenas penales, acusaciones pendientes, fechas y demás datos exactamente como aparecen en esos documentos.

Si tiene preguntas sobre el proceso de verificación de credenciales e historial delictivo, póngase en contacto con :

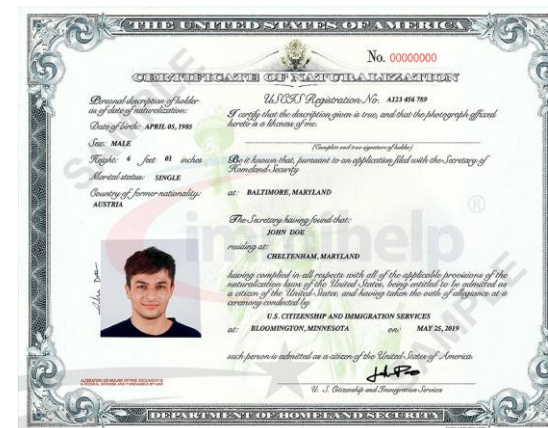
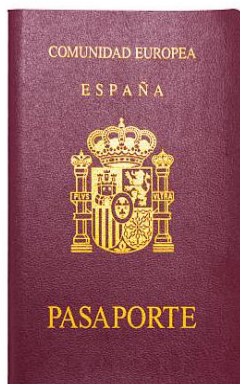
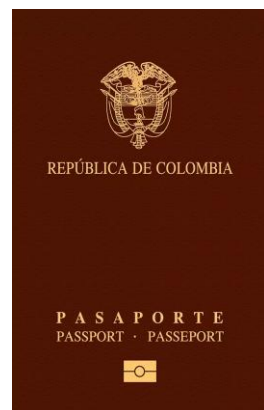
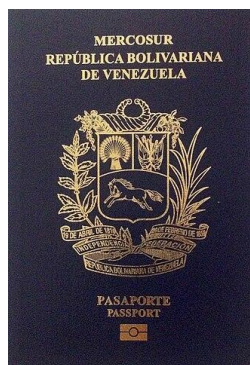
prbackgroundcheck@salud.pr.gov o al teléfono (787)522-3966 EXT 2234

Este formulario deberá estar firmado e iniciado para proceder con la toma de huellas el día de la cita. De no estar de acuerdo NO se llevará a cabo el proceso

Documentos a presentar (Ciudadanos)



Documentos a presentar (Extranjeros)



Luego de tomadas las huellas

La persona deberá acceder y leer estos documentos accediendo a

<https://www.salud.pr.gov/CMS/417>

[Documento explicativo para obtener la certificación después de tomadas las huellas](#)

[Documento explicativo del proceso de apelación](#)

[Documento Ley de los derechos de privacidad del solicitante](#)

[Documento declaración de Ley de toma de huellas para propósito no criminal.](#)

Orden Administrativa



ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 2025-620

PARA EXTENDER LA VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS DE HISTORIAL DELICTIVO EXPEDIDOS POR EL **BACKGROUND CHECK PROGRAM (PRBCP)** DEL DEPARTAMENTO DE SALUD A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y A PROVEEDORES QUE PERMANECEN PRESTANDO SERVICIOS A UNA MISMA ENTIDAD

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado al amparo de la Ley Núm. 81 de 14 de mayo de 1912, según enmendada, y posteriormente elevado a rango constitucional en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6, de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, el Secretario de Salud tiene la autoridad de implantar medidas de salud pública dirigidas a propiciar y conservar la salud de todos y de emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: La "Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud", Ley Núm. 300 de 2 de septiembre de 1999 (Ley 300-1999), según enmendada, establece como política pública del Gobierno de Puerto Rico la adopción, promoción e implantación de mecanismos de prevención de maltrato o abuso físico o sexual contra menores, envejecientes y personas con discapacidad, en instalaciones de cuidado y cuando reciben servicios de cuidado en el hogar.

POR CUANTO: La Ley 300-1999 delegó en el Secretario de Salud la facultad de promulgar las normas necesarias para poner en vigor las disposiciones relacionadas con la expedición de la certificación requerida en dicha ley.

POR CUANTO: El *Reglamento del Sistema Integrado de Credenciales e Historial Delictivo del Departamento de Salud*, Reglamento Núm. 9030 de 29 de mayo de 2018, implementa las disposiciones de la Ley 300-1999 y establece las normas y procedimientos para la operación del Sistema Integrado de Credenciales e Historial Delictivo (SICIDe), adscrito al Departamento de Salud. Este sistema opera a través del programa *Background Check Program (PRBCP)* del Departamento de Salud, división responsable de verificar la información delictiva de los solicitantes.

POR CUANTO: Conforme a la Ley 300-1999 y al Reglamento Núm. 9030, toda persona que se desempeñe como proveedor de servicios de cuidado, o en centros de cuidado, según

definidos en la Ley Núm. 94 de 22 de junio de 1977, según enmendada, conocida como "Ley de Establecimientos para Personas de Edad Avanzada", así como égidas, casas de salud, asilio, salud en el hogar, o cualquier otra modalidad que ofrezca servicios de cuidado en el hogar o institución, a personas de edad avanzada, menores o personas con discapacidades, deberá obtener una certificación que acredite que no aparece registrada en el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso contra Menores, ni en el Sistema de Información de Justicia Criminal, como convicta de ninguno de los delitos enumerados en el artículo 4 de la Ley 300-1999.

POR CUANTO: El *Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 (ACA)*, específicamente en la Sección 6201 del Título VI, Subtítulo B, Parte III, Subtítulo C, establece un programa nacional destinado a la verificación de antecedentes. Este programa, administrado por los *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, tiene como objetivo implementar procedimientos que sean eficientes, efectivos y económicos para la verificación de antecedentes de todos los empleados potenciales que tengan acceso directo a pacientes en instalaciones de cuidado a largo plazo. La referida ley ordena a los estados a desarrollar programas de verificación de antecedentes para aquellos empleados que tengan acceso directo a pacientes en instalaciones de cuidado a largo plazo. Los estados deben implementar procedimientos que sean eficientes, efectivos y económicos para llevar a cabo estas verificaciones de historial delictivo.

POR CUANTO: Actualmente, el certificado que expide el Programa PRBCP, al amparo de la Ley 300-1999 y el Reglamento Núm. 9030, tiene una vigencia de un (1) año. Este término de vigencia fue adoptado por el PRBCP, sin embargo, no está ordenado en la Ley 300-1999. Por otro lado, tampoco existe legislación federal que regule la vigencia de las verificaciones de historial delictivo, dejando este aspecto en manos de cada jurisdicción y de los patronos. Algunos estados han adoptado términos que van de dos (2) hasta cinco (5) años para la renovación de la verificación de historial delictivo.

POR CUANTO: El Registro de Arrestos y Procesos Penales (*Rap Back*, siglas de *Record of Arrest and Prosecution Background*), es un servicio proporcionado por el FBI como parte de su sistema de Identificación de Nueva Generación (NGI, por sus siglas en inglés). A través de este sistema, las huellas dactilares de la persona permanecen registradas en la base de datos del FBI, lo que permite monitorear de manera continua si ocurren nuevos eventos, como arrestos, cargos criminales o condenas. Este servicio es utilizado principalmente por agencias gubernamentales y entidades que supervisan el cumplimiento de requisitos legales o de seguridad en sectores como salud, educación, licenciamiento profesional y cuidado infantil. El *Rap Back* permite actuar con mayor agilidad ante posibles riesgos y reduce la necesidad de realizar verificaciones periódicas.

POR TANTO: YO, VÍCTOR M. RAMOS OTERO, MD, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO COMO SIGUE:

PRIMERO: Toda persona que se desempeñe como proveedor de servicios de cuidado, o en centros de cuidado, según definidos en la Ley Núm. 94 de 22 de junio de 1977, según enmendada, conocida como "Ley de Establecimientos para Personas de Edad Avanzada", así como égidas, casas de salud, asilio, salud en el hogar, o cualquier otra modalidad que ofrezca servicios de cuidado en el hogar o institución, a personas de edad avanzada, menores o personas con discapacidades, deberá obtener un Certificado de Historial Delictivo expedido por el *Background Check Program (PRBCP)* del Departamento de Salud.

SEGUNDO: VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE HISTORIAL DELICTIVO:

Todo Certificado de Historial Delictivo expedido por el Departamento de Salud al amparo de la Ley 300-1999 es válido por un (1) año.

EXCEPCIÓN: Si al año de haberse expedido el certificado de historial delictivo, un proveedor continúa ofreciendo sus servicios a una misma entidad, podrá, durante los dos (2) años subsiguientes obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución del requerido por la Ley 300-1999. En estos casos, el Certificado de Historial Delictivo tendrá una vigencia de tres (3) años. Si el proveedor presta servicios bajo una propuesta subvencionada con fondos federales, la vigencia del Certificado de Historial Delictivo será la establecida por la agencia federal correspondiente.

Para acogerse a la extensión de la certificación que se establece en esta sección, al momento de la toma de huellas, la persona debe solicitar y autorizar su registro en el servicio *Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background)* del FBI.

TERCERO: **PATRONOS:** Todo patrono deberá exigir el Certificado de Historial Delictivo expedido por Departamento de Salud a toda persona que emplee o contrate para ofrecer servicios de cuidado a personas de edad avanzada, menores o personas con discapacidad, y deberá conservar copia de este. En aquellos casos en que la persona continúe empleada o contratada durante los (2) años subsiguientes a haber obtenido el Certificado de Historial Delictivo, y dicha persona se encuentre registrado en el servicio *Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background)* del FBI, el patrono deberá exigir el Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico.

CUARTO: EXTENSIÓN DE VIGENCIA HASTA EL 1RO DE SEPTIEMBRE DE 2025:

Todo Certificado de Historial Delictivo expedido por el *Background Check Program (PRBCP)* del Departamento de Salud, vigente a la fecha de la aprobación de esta Orden, permanecerá vigente hasta el 1ro de septiembre de 2025, siempre que la persona a quien le fuera otorgado presente a su patrono un certificado de antecedentes penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico.

QUINTO: PROFESIONALES DE LA SALUD:

Todo profesional de la salud que cuente con una licencia otorgada por cualquiera de las juntas adscritas a la División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud (DLMPs) y que esté obligado a obtener un Certificado de Historial Delictivo expedido por el Departamento de Salud, deberá obtener el mismo al momento de renovar su licencia. En el segundo y tercer año del período de vigencia de la licencia profesional, el profesional de la salud deberá obtener un Certificado de Antecedentes Penales expedido por el Negociado de la Policía de Puerto Rico en sustitución del requerido por la Ley 300-1999.

Para acogerse a la extensión de la certificación que se establece en esta sección, al momento de la toma de huellas, el profesional de la salud deberá solicitar y autorizar su registro en el servicio *Rap Back (Record of Arrest and Prosecution Background)* del FBI.

SEXTO: APLICABILIDAD Y VIGENCIA: Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente. Todos los memorandos y órdenes administrativas previamente emitidas por cualquier Secretario de Salud, en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las de esta Orden, quedarán derogadas y sin efecto legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, hoy 20 de julio de 2025, en San Juan, Puerto Rico.


VÍCTOR M. RAMOS OTERO, MD, MBA
SECRETARIO DE SALUD





PUERTO RICO
Background Check Program
DEPARTAMENTO DE SALUD

Gracias por su
atención.

Preguntas o comentarios.

