SOLICITUD PARA EXAMEN DE ACREDITACIÓN DE TERAPIA DEL MASAJE Y TRABAJO CORPORAL (MBLEx)

Todos los candidatos al examen deben cumplir con las políticas que se incluyen en el *Manual del candidato para el Examen de Acreditación de Terapia del Masaje y Trabajo Corporal*

☐ *He leído, entiendo y acepto cumplir con la información del Manual del candidato para el MBLEx.*

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer nombre*		Segundo nombre	
Apellido*		También se le conoce como	
SSN*		Fecha de nacimiento*	
Género*			

☐ *Reconozco que se me pedirá que presente dos formas válidas de identificación en el lugar de la prueba, y que ambas formas de identificación deben llevar el mismo nombre que aparece en esta solicitud.*

DIRECCIÓN POSTAL

Número y calle*	
Número de apartamento	
Ciudad, Estado, Zona postal*	
País	
Dirección de correo electrónico*	
Dirección de correo electrónico secundaria	
Teléfono*	
Teléfono secundario	

Cuando se le apruebe el examen, se le enviará por correo electrónico una autorización de examen (ATT).

Para garantizar una correspondencia rápida y precisa, es importante que envíe la actualización a FSMTB si cambia alguno de sus datos de contacto.

EDUCACIÓN

Nombre de la escuela/programa	
Dirección, ciudad, estado, zona postal, país	

☐ *Reconozco que la FSMTB requiere que todos los solicitantes del MBLEx soliciten y se aseguren de que su programa de educación en terapia de masaje proporcione la verificación de su educación directamente a la FSMTB, y que las solicitudes del MBLEx no están completas para el proceso hasta que se reciba esta verificación.*

Tome en cuenta que, si su escuela verificó previamente su educación para la FSMTB, NO es necesario que su escuela nos vuelva a enviar la verificación.

☐ *Reconozco que he recibido la educación y la formación en todas las áreas específicas del esquema de contenido del MBLEx.*

ADAPTACIONES PARA LOS EXÁMENES

¿Necesita de adaptaciones según la Ley para Estadounidenses con Discapacidades?

☐ Sí ☐ No

Para obtener información adicional sobre cómo solicitar adaptaciones para el examen, consulte el ***Manual de adaptaciones para los exámenes de la ADA*** *en https://www.fsmtb.org/mblex/application-process.*

Al seleccionar "Sí" está solicitando adaptaciones para los exámenes. Complete la siguiente información para continuar con su solicitud de adaptaciones para los exámenes.

Describa brevemente la discapacidad o discapacidades que limitan una o más de sus principales actividades vitales:

Describa brevemente las adaptaciones que solicita:

Las solicitudes de adaptaciones para los exámenes requieren la presentación de documentación de respaldo de un profesional calificado y competente; puede enviarla por correo electrónico a ada@fsmtb.org. *Su solicitud de adaptaciones para los exámenes no estará completa y no se le aprobarán las adaptaciones hasta que se reciba la documentación de un profesional cualificado.*

Al seguir con esta solicitud, afirmo que he leído, entiendo y acepto toda la información que se incluye en el Manual de adaptaciones para los exámenes de la ADA y en esta solicitud. Si la información que incluyo para respaldar esta solicitud no es suficiente, autorizo a la FSMTB para que obtenga información adicional de los profesionales e instituciones educativas que trataron o evaluaron mi discapacidad. Además, autorizo a los profesionales e instituciones educativas a proporcionar a la FSMTB las aclaraciones o información adicional que sean necesarias. La información obtenida por esta autorización no se divulgará ni se revelará a ninguna persona u organización, excepto a las partes mencionadas y a cualquier otra agencia gubernamental que pueda estar involucrada en el trámite de mi solicitud para adaptaciones razonables en relación con el proceso de acreditación de terapia del masaje. Acepto que esta autorización será válida hasta que yo la cancele o revoque por escrito.

Entiendo que la FSMTB se reserva el derecho de tomar la decisión final con respecto a si la adaptación solicitada se justifica y es apropiada.

Bajo pena de perjurio, declaro que las declaraciones anteriores y las que aparecen en cualquier documento o declaración que se adjunte requerida son verdaderas. Entiendo que la información falsa puede ser causa de la negación de acceso al MBLEx y a otros programas y servicios de la FSMTB, la anulación de los resultados del examen, la negación de acceso a próximos exámenes y el aviso de dichas acciones a los miembros de la FSMTB.

Certifico que completé personalmente esta solicitud y que me pueden requerir que verifique la información anterior en cualquier momento.

☐ *Reconozco que he leído y acepto cumplir con las declaraciones anteriores.*

IDIOMA DEL EXAMEN

Quiero hacer el MBLEx en: ☐ Inglés ☐ Español

INFORME DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN

Indique el nombre del estado/s a donde desea que se envíe el resultado de su examen. Tenga en cuenta que las solicitudes del MBLEx incluyen la notificación del resultado del examen a un estado. Por cada estado adicional hay que pagar una tarifa de $40.

NOMBRE DEL ESTADO/S

Kansas, Minnesota y Wyoming no regulan la terapia del masaje a nivel estatal. Si necesita que el resultado de su examen se envíe a una ciudad de uno de estos estados, complete los campos siguientes.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CIUDAD

Declaraciones de reconocimiento

☐ *Certifico que completé esta solicitud y que la información que proporcioné aquí y en cualquier documentación complementaria es verdadera y genuina;*

☐ *Reconozco que leí y revisé el Esquema del contenido del examen y doy fe de que tengo educación y capacitación en las áreas sujetas para el contenido del examen;*

☐ *Presento esta solicitud para realizar el MBLEx con el fin de obtener la acreditación como profesional del masaje y trabajo corporal;*

☐ *Reconozco y acepto que leí y cumpliré todas las normas, políticas y procedimientos de la FSMTB, incluidos los contenidos en el Manual del candidato del MBLEx y los que establezca el centro examinador;*

☐ *Entiendo y acepto que tengo prohibido transmitir cualquier información sobre las preguntas o el contenido del examen MBLEx en cualquier forma, verbal, escrita, de memorización, electrónica o de otro tipo, a cualquier persona o entidad;*

☐ *Comprendo que violar esta prohibición de transmisión de información, no comunicar cualquier información sobre presuntas infracciones de las normas, políticas o procedimientos de la FSMTB, y cualquier tipo de trampa mía o de otros, puede anular el resultado de mi examen, suspender el acceso futuro a los programas y servicios de la FSMTB y que otras medidas legales, entre estas el procesamiento penal; se apliquen en mi contra;*

☐ *Además, reconozco que la tarifa de la aplicación no es reembolsable ni transferible; asimismo que la política se aplica a todos los solicitantes y en todas las circunstancias;*

☐ *Estoy de acuerdo en que la FSMTB divulgue los resultados de mi MBLEx y la información demográfica necesaria a las entidades estatales que otorgan la acreditación.*

Firma_____ Fecha _____

TARIFAS Y PAGO

Haga el pago a nombre de la FSMTB. No se aceptan cheques personales corrientes. Todas las tarifas se pagan en dólares estadounidenses.

Solicitud	_____a $265 =	$
Resultado adicional del examen	_____a $40 =	$
Pago total que se adjunta		$

Forma de pago	☐ Cheque certificado/giro postal ☐ Cheque de la escuela/institución ☐ Visa ☐ MasterCard					
Número de tarjeta de crédito						
Fecha de vencimiento		CVV		Código de zona postal de facturación		
Nombre en la tarjeta de crédito						
Dirección de facturación		Ciudad		Estado		
Firma del titular de la tarjeta						

11/2023