



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
CERTIFICADO DE REGISTRO SUSTANCIAS CONTROLADAS
Clase Médica

I. DATOS PERSONALES

1. _____
Nombre de la Persona Natural Número de Registro Asignado

2. Fecha de nacimiento _____ 3. Número de Seguro Social _____

4. Dirección del lugar de Trabajo: _____

5. Dirección Residencial: _____
_____ Teléfono: _____

6. Dirección Postal del Registrado: _____

7. Correo electrónico: _____

8. Dirección donde desea recibir la correspondencia: () Lugar de Trabajo () Residencial () Postal

9. ¿Ha residido fuera de Puerto Rico? () Sí () No

En caso de ser afirmativo, indique años y lugares: _____

10. Clasificación de Sustancias Controladas, incluyendo las narcóticas a registrar:

() Clasificación II () Clasificación III () Clasificación IV () Clasificación V

11. Número de Certificación de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica _____ (acompañe copia).

12. Escuela donde obtuvo el grado: _____ Fecha: _____

13. Especialidad: _____ Donde la obtuvo (Institución y lugar): _____

La información suministrada en este documento es correcta. De ser falsa conlleva la denegación del registro, conforme al Artículo 304 (2) de la Ley # 4 de Sustancias Controladas de Puerto Rico.

Firma del Solicitante

Fecha de Solicitud

II. DECLARACIÓN JURADA

Marque con una (X) la afirmación aplicable:

- 1. () He sido; () No he sido, convicto por algún delito grave.
- 2. () He sido; () No he sido, convicto de delito que implique depravación moral.
- 3. () He sido; () No he sido, convicto de violar la Ley #4 aprobada el 23 de junio de 1971 conocida como Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico o cualquier Ley local, federal, estatal o cualquier Ley de un país extranjero relacionada con cualquier sustancia definida en esta Ley como una sustancia controlada. Si en la afirmativa, indique si han pasado cinco (5) años desde que terminó de cumplir dicha sentencia; () Si () No.
- 4. () He sido; () No he sido, un adicto a drogas narcóticas y de acuerdo con mi mejor saber y entender, mis empleados tampoco lo son.
- 5. () Si () No () N/A; la planta física del establecimiento descrito en la solicitud está provista con las facilidades necesarias para proteger y guardar las sustancias controladas cuya custodia le será confiada al solicitante, de conformidad con los reglamentos promulgados por el Departamento de Salud, a tales efectos.
- 6. () Estoy () No estoy, debidamente autorizado para operar en el establecimiento descrito en la solicitud según las leyes vigentes.

Affidávit Núm. _____

() Jurado () Suscrito ante mí por _____ de las circunstancias
(Nombre del Registrado)

antes mencionadas, a quien conozco personalmente e identifiqué mediante () Licencia de conducir, () Pasaporte,

() Otra _____, número _____. Hoy _____ de _____ de _____. En _____,
(especifique) (día) (mes) (año) (Municipio)

Puerto Rico.

Funcionario Autorizado

Notario Público