



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Solicitud Certificación Médico Cualificado FORMULARIO PARA MÉDICOS, CIRUJANOS y MÉDICOS RESIDENTES

Solicitud Nueva Extensión

De acuerdo a la Carta Circular 01-2017(14) no se aceptarán solicitudes incompletas.

Parte I - Información General

Nombre del solicitante: _____ <p style="text-align: center;">Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre</p>	Fecha de nacimiento: _____ DIA / MES / AÑO Lugar de nacimiento: _____		
Favor de marcar según corresponda: _____ Médico Generalista _____ Médico Especialista o Subespecialista: De contar con una o más especialidades favor de Especificar: _____ _____ _____ Médico Residente Especificar: _____ _____	Correo electrónico (E-mail): _____ Número de Seguro Social: (últimos 4 dígitos) XXX-XX- _____		
Dirección postal <p style="text-align: right;">Código postal</p>	Dirección física		
Número de Licencia: _____ Fecha en que se certificó por la JLDM: _____	Licencia aplica): _____ provisional(si	Fecha de vencimiento del Registro Profesional: _____	Núm. de Colegiación: _____ Fecha de vigencia: ____/____/____

Parte - II Información Laboral (REQ-14-Art.3(q))

Indique si tiene oficina propia: _____ SI _____ NO
Indique si es empleado: _____ SI _____ NO
Indique si es contratado: _____ SI _____ NO
Indique si es asociado: _____ SI _____ NO

Oficina Propia

Si tiene oficina propia favor indicar:

Dirección Física:

Dirección Postal: Es la misma Física

Código postal

Empleado

Si es empleado indique:

_____ Empleado del Gobierno de PR _____ Empleado del Gobierno Federal

_____ Empleado Corporación Pública

_____ Empleado Entidad Privada o Corporación Privada(Con o Sin fin de lucro)

Empleado

Nombre del Patrono : _____ Tel. ()-()-()

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel. ()-()-()

Dirección Física : _____

Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Contratista, Socio de Negocios:

Nombre de la Entidad Contratante: _____ Tel. ()-()-()

Nombre de la Corporación o Sociedad: _____ Tel. ()-()-()

Número de contrato: _____

Dirección Física : _____

Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Médico Residente:

Nombre de la entidad en la cual realiza la residencia : _____ Tel. () - () - ())

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel. () - () - ())

Dirección Física : _____ Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Parte - III VERIFICACIÓN DE LICENCIA (“GOODSTANDING”)

Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular 01-2017(14) y la Ley Núm.14 del 21 de febrero de 2017

1) Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país.

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

2) Ha sido su licencia de médico suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

3) Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

4) Ha sido su licencia de narcóticos suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

5) Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDM o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

6) Es usted objeto de alguna acción administrativa en la División Legal de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o en algún estado de los Estados Unidos o algún otro país:

_____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

Parte – IV DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD

- 1) **Registración de licencia activa** expedida por la respectiva Junta Profesional adscrita a la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS) del Departamento de Salud;
- 2) **“Goodstanding”** expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS);
- 3) **Declaración Jurada 14-2017** en los casos de profesionales con oficina propia, profesionales asociados o miembros de corporación de servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales;
- 4) **Certificación Patronal** para acreditar los servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales en los casos de los médicos que son empleados;
- 5) **Evidencia de la colegiación activa** expedida por el Colegio de Médicos Cirujanos y/o Colegio de Cirujanos Dentistas;

- 6) **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
- 7) **Certificación de la Entidad** hospitalaria o de la entidad en la cual el médico residente se encuentra realizando la residencia acreditando las horas mensuales (mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales)

Parte –V CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____ y _____ (profesión) y residente de _____, Puerto Rico certifico que he leído y llenado la solicitud con información verdadera, correcta y completa. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____

Parte – VI Autorización para Divulgar Información

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia profesional al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio de puerto Rico y/o a la Oficina de Exención Contributiva Industrial para la tramitación de la exención contributiva de la Ley núm. 14 del 21 de febrero de 2017.

Fecha: _____ Firma: _____

Parte- VII PAGO

La Solicitud de la Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00) dólares en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda. Esto incluye los costos de verificación de la licencia o "Goodstanding". Este dinero no será reembolsable.