



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA**

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

**Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica**

**JURAMENTACIÓN DEL FORMULARIO ÚNICO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y  
DISCIPLINA MÉDICA (JLDM)**

(Toda declaración falsa que haga el solicitante con pleno conocimiento o que oculte en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud será motivo de negación o revocación de licencia, si la misma ya ha sido expedida.)

Por la presente solicito ser examinado para obtener admisión al examen de reválida y/o para obtener una licencia provisional o licencia regular que permita la práctica de la medicina y cirugía en Puerto Rico y/o para solicitar licencia de médico asistente por lo que someto la siguiente declaración bajo juramento.

**DECLARACIÓN JURADA**

Fotografía a color del solicitante de no más de seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud, se pegará en este espacio y no será mayor del espacio provisto ni menor de 2x2.

(Foto 2X2)

El sello notarial deberá cubrir la parte inferior de la foto.

Yo, \_\_\_\_\_  
declaro bajo juramento que soy la persona que completará el formulario digital titulado Formulario Único y que el contenido del mismo es cierto en todas sus partes y que la fotografía adjunta, verdaderamente me fue tomada durante los pasados seis (6) meses.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Núm. De Testimonio

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ el día  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.  
En testimonio de lo cual firmo y sello la presente.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

**EL SOLICITANTE CONTESTARA A CABALIDAD TODO LO SIGUIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre      Inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_





DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA**

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

**Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica**

Natural de \_\_\_\_\_ ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Si es ciudadano naturalizado, de fecha y lugar de naturalización

\_\_\_\_\_

Color de pelo \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su apellido? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, indique fecha y lugar en la que ocurrió el cambio.

\_\_\_\_\_

Nombre anterior \_\_\_\_\_

**CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

- ¿Ha practicado la medicina ilegalmente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha sido condenado o procesado por algún crimen? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave que conlleve depravación moral en Puerto Rico o en algún estado o país? ☐ Sí ☐ No

**Si su contestación es sí en alguna de las tres (3) preguntas anteriores, explique detalladamente en este espacio o en una hoja separada. (De usar hoja separada debe adherir la misma a este formulario.) (Si se ha tomado más de una acción adversa en su contra debe detallarlas en orden cronológico.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, o alcoholismo durante los últimos ocho (8) años? ☐ Sí ☐ No

¿Ha leído usted cuidadosamente y comprendido a cabalidad la Ley 139 del 1 de agosto de 2008, así como el Manual de Orientación, que contiene la información y las reglas que rigen el examen de reválida de Puerto Rico?

☐ Sí ☐ No

**Si su solicitud es con el propósito de aplicar para la Licencia de Médico Asistente ("Physician Assistant"). ¿Ha leído cuidadosamente y comprendido a cabalidad la Ley 71 del 5 de agosto del 2017, que contiene la información y las reglas que regulan la práctica del Médico Asistente en Puerto Rico?**

☐ Sí ☐ No ☐ No Aplica

¿Tiene usted licencia para ejercer la medicina en algún estado de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

De tener licencia, ¿en cuál Estado? \_\_\_\_\_

**JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO**

PO BOX 13969 SAN JUAN, PR 00908-3969

[www.salud.pr.gov](http://www.salud.pr.gov), [junta.medicos@salud.pr.gov](mailto:junta.medicos@salud.pr.gov) (787)765-2929





DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

### Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica

#### HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

##### **EDUCACIÓN UNIVERSITARIA**

(Premédica establecida por la Ley Núm. 112 del 4 de junio de 1980, según enmendada)

Nombre y dirección de la institución a la que asistió \_\_\_\_\_

Período de asistencia (Ejemplo: agosto 1979 a mayo 1980)

1er Año \_\_\_\_\_ 3er Año \_\_\_\_\_

2do Año \_\_\_\_\_ 4to Año \_\_\_\_\_

Recibí el grado de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Promedio académico acumulativo \_\_\_\_\_ (Los solicitantes deben poseer un promedio mínimo de 2.50.)

(Además de lo anterior, el solicitante debe someter una transcripción oficial de su expediente académico de la institución universitaria donde aparezcan las materias cursadas con las correspondientes notas obtenidas. **El envío de documentos es de institución a institución.**)

##### **EDUCACIÓN MÉDICA**

**SEGÚN APLIQUE, ESCRIBA A CONTINUACIÓN LA ESCUELA DE MEDICINA O ESCUELA DE MÉDICO ASISTENTE DE LA CUAL SE GRADUO:**

Nombre de la escuela o universidad \_\_\_\_\_ Localización (Ciudad, Estado o País) \_\_\_\_\_  
Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre de la escuela o universidad \_\_\_\_\_ Localización (Ciudad, Estado o País) \_\_\_\_\_  
Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre de la escuela o universidad \_\_\_\_\_ Localización (Ciudad, Estado o País) \_\_\_\_\_  
Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Se me otorgó (u se me otorgará) Diploma en Medicina por \_\_\_\_\_

Localizada en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Además de lo anterior, el solicitante debe gestionar una copia de su expediente académico que incluya las materias cursadas, notas obtenidas y grado otorgado certificado por la oficina de registraduría de la institución universitaria y enviada directamente por dicha oficina a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

**JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO**

PO BOX 13969 SAN JUAN, PR 00908-3969

[www.salud.pr.gov](http://www.salud.pr.gov), [junta.medicos@salud.pr.gov](mailto:junta.medicos@salud.pr.gov) (787)765-2929

