



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

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD/SUB-ESPECIALIDAD

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Inicial

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Número de licencia regular: _____

Especialidad o Sub-Especialidad para la que solicita certificación: _____

Institución donde realizó Residencia o Fellowship: _____

Fecha culminación del programa: _____

¿Posee otra especialidad o sub-especialidad? Sí _____ No _____

(Si su respuesta es afirmativa, mencione e indique si está o no certificada por la Junta de
Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico)

Sí _____ No _____ Fecha: _____

**CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES CORRECTA Y QUE
HE LEÍDO TODOS LOS REQUISITOS QUE SE ENCUENTRAN AL DORSO DE ESTA
SOLICITUD**

Firma

Fecha





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

REQUISITOS PARA EXPEDICIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

1. Ser médico debidamente licenciado para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico mediante licencia regular expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.
2. Copia IMPRESA (fotocopia) de su licencia de conducir o pasaporte americano vigente.
3. Someter la Solicitud de Certificación de CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD debidamente cumplimentada y firmada por el solicitante.
4. Someter pago no reembolsable por la cantidad de QUINIENTOS (\$500.00) DÓLARES, en ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal o Bancario a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA de Puerto Rico.
5. Carta firmada por el Director del Programa de su residencia o fellowship, la cual debe indicar fecha de comienzo y terminación de la residencia y debe indicar que programa está acreditado por el “Accreditation Council for Graduated Medical Education (ACGME)” deben indicarlo. Esta certificación debe ser enviada directamente del hospital por correo postal a la JLDMPR, PO Box 13969, San Juan PR 00908. (Sin esta certificación no se procesará la solicitud.)

PARA USO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA

FECHA DE RADICACIÓN: _____ RECIBIDO POR: _____

GIRO O RECIBO NÚM. _____ PAGO: _____

