



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 ADDED TRAINING

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Número de licencia regular: _____

ADDED TRAINING para el que solicita certificación: _____

Institución donde realizó el Added Training: _____

Fecha culminación del programa: _____

**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 ADDED TRAINING

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 (JLDM) y tener una especialidad certificada por la JLDM.
2. Copia IMPRESA (fotocopia) de su licencia de conducir o pasaporte americano vigente.
3. Someter la Solicitud de Certificación de ADDED TRAINING debidamente cumplimentada y firmada
 - a. por el solicitante.
4. Someter pago no reembolsable por la cantidad de DOSCIENTOS CINCUENTA (\$250.00) 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 el FELLOWSHIP, la cual debe indicar específicamente el nombre del Fellowship, fecha de comienzo y terminación del mismo. 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: _____

