



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 DUPLICADO DE LICENCIA REGULAR

Por la presente solicito a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica se expida un duplicado de mi licencia regular para el ejercicio de la medicina en Puerto Rico. Tengo a bien someter la siguiente información:

Apellidos y nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Número de licencia de médico: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

NOTA: *Para solicitar un duplicado de licencia regular, el solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cumplimentar la Solicitud de Licencia Regular.
2. Copia IMPRESA (fotocopia) de licencia de conducir o pasaporte vigente.
3. Acompañar declaración jurada ante Notario Público exponiendo lo sucedido.
4. Someter pago no reembolsable por la cantidad de SETENTA Y CINCO (\$75.00) DÓLARES, en ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal o Bancario pagadero a SECRETARIO DE HACIENDA

En la nueva licencia se hará constar que es un duplicado.

**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

