



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

PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE RECAUDACIÓN

SOLICITUD PARA VERIFICACIÓN DE LICENCIA
(LICENSE VERIFICATION FORM OR GOOD STANDING)

Seleccione el propósito por el cual presenta esta solicitud:

☐ LICENCIA PERMANENTE
(REGULAR LICENSE)

☐ LICENCIA PROVISIONAL
(PROVISIONAL LICENSE)

☐ LICENCIA DE MÉDICO ASISTENTE
(PHYSICIAN ASSISTANT LICENSE)

Nombre del Solicitante: _____
(APPLICANT'S NAME) APELLIDOS (SURNAME) NOMBRE (NAME) INICIAL (MIDDLE INITIAL)

Dirección Postal: _____
(MAILING ADDRESS)

Celular (MOBILE PHONE): _____ Teléfono Alternativo (ALTERNATIVE PHONE): _____

Núm. Licencia (LICENSE NUMBER): _____ Seguro Social (SOCIAL SECURITY): XXX-XX-_____

Si la licencia es provisional favor de escribir el número de Seguro Social completo: _____
(IF THE LICENSE IS PROVISIONAL, PLEASE WRITE THE FULL SOCIAL SECURITY NUMBER)

Correo electrónico (E-MAIL): _____

FAVOR DE CONTESTAR/ PLEASE ANSWER EACH OF THE FOLLOWING:

1. ¿Posee una o más especialidades profesionales según reconocidas por la Junta de
Licenciamiento y Disciplina Médica?

(Do you have one or more medical specialties which are recognized by the Puerto Rico Medical Board? __ YES, __ NO - If your answer is yes, please
complete the required information as follows:)

☐ Sí ☐ No De contestar en afirmativo, indique cual (es) son:

Especialidad/Sub-Especialidad

Fecha en que se certificó por la JLDM

2. Posterior a la fecha de su última solicitud de Verificación de Licencia, ¿Obtuvo usted alguna
Especialidad o subespecialidad por la JLDM? ☐ Sí ☐ No Indique la misma y fecha de otorgación:

(After your most recent Goodstanding Certificate date, have you received a medical specialty or Fellowship certification by the Puerto Rico Medical
Discipline and Licensure Board? __ YES, __ NO - Identify specialty and mention the date conferred.)

3. Esta (s) verificación (es) es para enviarse a: (This certificate of Goodstanding will be sent to:)





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

4. ¿Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?
(Do you hold a true and valid medical license in any state of the United States or some country? ___ YES, ___ NO – If yes, please identify or name the country state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____
5. ¿Ha sido su licencia de médico suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?
(Please specify if your medical license has been suspended, canceled, revoked, garnered or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ___ YES, ___ NO – If yes, please indicate the country or state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____
6. ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?
(Have you ever been convicted of a felony or misdemeanor in Puerto Rico, the United States or any other country? ___ YES, ___ NO – If yes, please indicate the country or state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____
7. ¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?
(Has your medical narcotic license has been denied, suspended, canceled, revoked, returned, or garnered by the granting agency, or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ___ YES, ___ NO – If yes, please indicate the country or state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____
8. ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDL o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?
(Have you ever been convicted of the illegal practice of medicine and any other medical science, associated with acupuncture and/or any other specialty, in Puerto Rico, United States or some other country? ___ YES, ___ NO – If yes, please indicate the country or state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____
9. ¿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?
(Are you subject to any administrative action within the Legal Division of Puerto Rico Medical Discipline and Licensure Board or in any other state of the United States or a foreign country? ___ YES, ___ NO – If yes, please indicate the country or state.)
☐ Sí ☐ No Indique país/estado: _____

REQUISITOS (REQUIREMENTS):

1. **PAGO: Presentar un Giro Postal o Bancario pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico por la cantidad de \$25.00 dólares o con ATH, VISA o MASTERCARD. (NO REEMBOLSABLE)**
(PAYMENT: Money Order payable to the Secretary of the Treasury of Puerto Rico, in the amount of \$25.00 dollars (USD) or via ATH, VISA, MASTERCARD.) (NON REFUNDABLE)
2. **Sobre pre-dirigido con sello, para asegurar envío correcto.**
(Please include a self-addressed stamped envelope to ensure correct mailing process.)
3. **¿Cómo desea la Verificación de licencia?**
(Please select in which language would you prefer for the Goodstanding Certification?)
☐ Inglés/English ☐ Español/Spanish

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia Profesional a Patronos, Agencias, Instituciones educativas, Compañías de Seguros Médicos, Instituciones Profesionales y Juntas.

– (I do authorize the Commonwealth of Puerto Rico – Department of Health, to offer without infringement all information as it pertains to my professional license status to any employment of government agencies, Medical Insurance Companies, Professional and Educational Institutions and corresponding Boards.)

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____
(SIGNATURE OF APPLICANT)

FECHA: _____
(DATE)

