



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 FIRMA

Número de licencia que aparece en el Certificado de Salud _____

Nombre del Médico _____

Nombre del Solicitante _____

Núm. de Teléfono _____

Dirección Postal _____

Email _____

Propósito de Certificación _____

REQUISITOS PARA SOLICITAR CERTIFICACIÓN DE LICENCIA

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.

Original y copia de Certificado Médico.

Copia de Licencia de conducir o pasaporte vigente.

Si no es el solicitante tiene que entregar autorización con identificación de ambos.

Firma

Fecha

