



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 INACTIVACIÓN DE LICENCIA DE MÉDICO

Nombre: _____ Licencia: _____

Dirección: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

Por la presente solicito a la Junta de Licenciamiento y Diciplina Médica de Puerto Rico la inactivación de mi licencia de médico para practicar la medicina en Puerto Rico. Las razones que median para la inactivación son las siguientes:

Yo, _____, certifico que lo antes declarado es cierto y correcto, y que entiendo lo que implica la inactivación de mi licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de la misma antes de volver a ejercer la medicina en Puerto Rico.

Firma del Médico

Fecha

Notas:

- 1) Una licencia en estado inactive significa que el medico no posee derecho a practicar la medicina en Puerto Rico, mas no implica que el médico ha perdido su licencia.
- 2) Un médico con la licencia en estado inactive debe solicitar la reactivación a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico antes de regresar a la práctica de la medicina en Puerto Rico.
- 3) La Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico puede imponer ciertos requisitos y/o condiciones para la reactivación de una licencia, los cuales el médico estará en la obligación de cumplir.

Para uso oficial:

Fecha de Inactivación en Sistema ____/____/____

Técnico: _____

