



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 INTERNADO

☐

ESPAÑOL

☐

INGLÉS

Nombre del Médico _____

Número de licencia _____

Número de teléfono _____

Dirección postal _____

Email _____

Certificación enviarse a: _____

Razón de la solicitud _____

*******REQUISITOS PARA SOLICITAR CERTIFICACIÓN DE INTERNADO*******

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.

Firma

Fecha

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
PO Box 13969 San Juan, Puerto Rico 00908-3969
www.salud.gov.pr (787)765-2929

