



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILAR PARA
LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE SALUD
JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA

Solicitud de Auspicio de USMLE

Nombre completo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

USMLE ID Number: _____

Parte del USMLE:

☐ STEP 1 ☐ STEP 3

☐ STEP 2 CK

Favor de marcar con una "X" la parte correspondiente

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del solicitante

♣ Certifico que entiendo que si no apruebo el examen USMLE Step indicado anteriormente en esta administración, no podré solicitar ningún Step en la secuencia del examen USMLE para ningún propósito.

- \$200.00 POR PARTE SOLICITADA, PAGADERO AL SECRETARIO DE HACIENDA, ATH, VISA, GIRO POSTAL, CHEQUE GERENTE DEL BANCO O MASTERCARD. NO REEMBOLSA EL DINERO.

