RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN MÉDICO CUALIFICADO FORMULARIO PARA:

☐ **MÉDICOS-CIRUJANOS Y MÉDICOS RESIDENTES**
☐ **PODIATRAS**
☐ **DENTISTAS GENERALES O QUE PRACTIQUE ALGUNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA**

Ley 14-2017 ☐ Ley 60-2019 ☐

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
DÍA/ MES / AÑO

Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos): _____

Número de Licencia profesional o provisional (si aplica): _____

Número de teléfono: _____Correo electrónico: _____

Favor de marcar según corresponda:

_____ Médico Generalista, Especialista o Subespecialista: De contar con una o más especialidades favor de Especificar: _____

_____ Médico Residente Especificar: _____

_____ Dentista General o Especialista en Odontología Especificar: _____

_____ Podiatra

Número de Licencia: _____ Licencia provisional (si aplica): _____

¿Usted ha tenido cambio de Municipio durante el último año de renovación?

_____SI _____ NO Indique Municipio_____

PARTE- II INFORMACIÓN LABORAL (REQ-14- ART.3 (Q)

Indique si tiene oficina propia: _____SI _____ NO

Indique si es empleado: _____SI _____ NO

Indique si es contrato: _____SI _____ NO

Oficina Propia

Si tiene oficina por favor indicar:

Dirección Física: _____

_____

Dirección Postal: Es la misma: ___

_____

_____

Empleado

Si es empleado indique:

_____ Empleado del Gobierno de Puerto Rico

_____ Empleado del Gobierno Federal

_____ Empleado Corporación Pública

_____Empleado Entidad Privada o Corporación Privada (con o Sin fin de lucro)

Nombre del Patrono_____ Tel ( )-( )-( )

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel ( )-( )-( )

Dirección Física: _____

_____

Dirección Postal: Es la misma: ___

_____

_____

Correo electrónico: _____

Contratista, Socio de Negocios:

Nombre de la Entidad Contratante: _____ Tel ( )-( )-( )

Nombre de la Corporación o Sociedad: _____ Tel ( )-( )-( )

Número de contrato: _____

Dirección Física: _____

_____

Dirección Postal: Es la misma: ___

_____

_____

Médico Residente:

Nombre de la entidad en la cual realiza la residencia: _____Tel ( )-( )-( )

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel ( )-( )-( )

Dirección Física: _____

_____

Dirección Postal: Es la misma: ___

_____

_____

Correo electrónico: _____

PARTE- III VERIFICACIÓN DE LICENCIA (GOODSTANDING)

Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular de mayo de 2020, la Ley Núm. 14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1 de julio de 2019 y según enmendada por la Ley 47 del 28 de abril de 2020

1. ¿Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____
2. ¿Ha sido su licencia suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____
3. ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____
4. ¿Ha sido su licencia de narcóticos suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____
5. ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDM o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos u algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____
6. ¿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 en algún otro país?:
   _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

PARTE- IV DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD

1. **Declaración Jurada** anejada en los casos de profesionales con oficina propia, profesionales asociados o miembros de corporación de servicios médicos acreditando mínimo las 100 horas de servicio mensuales;
2. **Certificación Patronal** para acreditar los servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales en los casos de los médicos que son empleados;
3. **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
4. **Certificación de la Entidad hospitalaria** o de la entidad en la cual el médico residente se encuentra realizando la residencia acreditando las horas mensuales (mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales);
5. **Certificación de Privilegios** en la entidad de salud donde practica su profesión;

PARTE –V CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____ y _____ (profesión) y residente de _____, Puerto Rico certifico que he leído y llenado la solicitud con información verdadera, correcta y completa. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____

PARTE VI. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia profesional al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio de puerto Rico y/o a la Oficina de Exención Contributiva Industrial para la tramitación de la exención contributiva de la Ley núm. 14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1 de julio de 2019 y según la Ley 47 del 28 de abril de 2020.

Fecha: _____ Firma: _____

Parte- VII PAGO

La Solicitud de la Certificación de Médico Cualificado será de trescientos ($300.00) dólares, la Renovación de Certificación de Médico Cualificado será de trescientos ($300.00) dólares, la Enmienda a la Certificación de Médico Cualificado será de ciento cincuenta ($150.00) dólares; en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda. **Esto incluye los costos de Registro de Licencia y Verificación de la Licencia o "Goodstanding" (NO REEMBOLSABLE)**