



**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA
JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO**

Nombre del examinado: _____

Lugar donde se realizó el examen médico: _____

Nombre y número de licencia del médico que realizó el examen: _____

**CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL
PARA EJERCER LA PROFESIÓN MÉDICA EN PUERTO RICO**

Yo, _____, con Licencia número _____
la cual se encuentra vigente expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de
Puerto Rico para ejercer la medicina, acredito y certifico que, _____
ha sido examinado por mi persona y

- Tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.
- No tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.

Acreditado y certificado hoy ____ de _____ del 20__ en _____ Puerto Rico,

Firma del médico licenciado

Advertencia: La Certificación debe estar cumplimentada en su totalidad

