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 PARA LA CERTIFICACIÓN DE TELEMEDICINA PARA MÉDICOS CON LICENCIA EN ESTADOS UNIDOS

Por la presente solicito que se me expida la certificación para ejercer la Telemedicina en Puerto Rico y someto la siguiente declaración bajo juramento.

Fotografía a color del solicitante de no más de seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud, se pegará en este espacio y no será mayor del espacio provisto ni menor de 2x2.

(Foto 2X2)

El sello notarial deberá cubrir la parte inferior de la foto.

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del médico

Seguro Social: XXX-XX-_____ e identificado mediante _____

_____, mayor de edad, vecino(a)

de _____ estado civil, _____ **Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere en esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que conoce que ofrecer una declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar la certificación después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a la **JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su certificación y para ampliar, aclarar, o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE
Con mi firma en la parte superior certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de 20____, en _____

_____.

AFIDAVID NÚM: _____

_____
FIRMA DEL NOTARIO

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969 SAN JUAN, PR 00908-3969
www.salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6640
haydee.vega@salud.pr.gov

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

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

Licencia de Médico Núm.: _____ Fecha de Expedición: _____

Estado que emite la licencia:_____

Correo electrónico: _____

Dirección Postal: _____

_____

Dirección Residencial: _____

_____

Teléfono Celular: _____ Oficina: _____

Teléfono Residencial: _____ Otro Teléfono: _____

Favor de Contestar las Siguientes Preguntas:

1. ¿Posee usted una especialidad y/o subespecialidad? Indique cuál(es) son _____

_____

_____

2. ¿Cuánto tiempo lleva practicando la telemedicina? Indicar _____
3. ¿Dónde ejercerá la Telemedicina? Favor de proveer la siguiente información:

   Dirección Física: _____

   Dirección Postal: _____

   Teléfonos en la ubicación: _____ _____ _____
4. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Si su contestación es negativa, indique si usted es: ☐ Naturalizado _____ o ☐ Residente _____

5. ¿Ha sido usted convicto de algún delito? ☐ Sí ☐ No

Si contesta en la afirmativa, Indique la naturaleza, donde ocurrió, fecha y estatus del delito. (Debe utilizar el pliego o documento aparte para información adicional de ser necesario.) _____

_____

_____

6. ¿Ha sido sancionado o disciplinado por alguna Junta Médica? Sí ☐ No ☐

De contestar de manera afirmativa, por favor explique en una hoja aparte y/o presente evidencia relacionada.