



PRÁCTICA DE LA TELEMEDICINA - REQUISITOS

(Esta certificación se renueva cada tres (3) años junto con su registro de médico)

- 1) Ser médico debidamente licenciado para ejercer la medicina y la cirugía en Puerto Rico mediante licencia permanente expedida por la Junta.
- 2) Estar licenciado en la jurisdicción donde está ubicado el paciente a quien ofrecerá sus servicios.
- 3) Cumplir con los requisitos dispuestos en la Ley Núm. 149 de 1 de agosto de 2008, según enmendada y Ley 168 de 1 de agosto de 2018, conocida como la “Ley para el Uso de la Telemedicina en Puerto Rico”.
- 4) Someter solicitud debidamente cumplimentada incluyendo Declaración Jurada provista certificando que al momento de su solicitud no está sancionado disciplinariamente por ningún “Board” o por alguna entidad hospitalaria donde tenga o tuvo privilegios.
- 5) Presentar original del Certificado de Buena Conducta de Puerto Rico (con no más de treinta (30) días de expedido de la fecha en que lo entrega, así como certificados análogos, expedidos por la autoridad gubernamental competente, de aquellos lugares donde el médico haya residido durante los últimos cinco (5) años.)
- 6) Verificación de licencia o “Goodstanding” de aquel(los) estado(s) donde posea licencia para ejercer la medicina.
- 7) Certificación Negativa de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) de que no adeuda pensión alimenticia o que, de tener deuda, está acogido a un plan de pagos.
- 8) Identificación con foto, emitida por autoridad gubernamental competente del Estado o Jurisdicción donde practica la profesión.
- 9) **PAGO NO REMBOLSABLE** de \$250.00. El mismo puede efectuarse en ATH, Visa, Mastercard o giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda.





CERTIFICADO NÚM: _____

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE TELEMEDICINA

(FAVOR DE CUMPLIMENTAR EN LETRA DE MOLDE)

CERTIFICACIÓN: **NUEVA** **RENOVACIÓN**

(Ley Núm. 139-2008, según enmendada, Ley 168 de 1 de agosto de 2018 y Reglamento número 9107-2019 de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para regular el uso de la Telemedicina en Puerto Rico)

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

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del médico

Seguro Social XXX-XX _____ e identificado mediante----
_____, _____, _____ mayor de edad, vecino(a) de

Clase de Identificación Número

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 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

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

AFIDAVID NÚM: _____

Firma del Notario

SELLO DEL
NOTARIO

(sept 2019NTD)





INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE:

_____ APELLIDO PATERNO

_____ APELLIDO MATERNO

_____ NOMBRE

_____ INICIAL

LICENCIA DE MÉDICO NÚM.: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

TELÉFONOS: CELULAR: _____

OFICINA: _____

RESIDENCIA: _____

OTROS: _____

FAVOR DE CONTESTAR:

- 1) ¿Posee usted una especialidad y/o subespecialidad? Indicar cuales son _____

- 2) ¿Posee licencia para ejercer la medicina en otro(s) estado(s)? _____ Sí _____ No
(De contestar afirmativo, favor de indicar los Estados y/o lugares y el número de licencia) _____

- 3) ¿Cuánto tiempo lleva practicando la telemedicina? Indicar _____
- 4) ¿Dónde ejercerá la Telemedicina? Favor de proveer la siguiente información:
Dirección Física _____
Dirección Postal _____
Teléfonos _____
- 5) ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? _____ Sí _____ No Si su contestación es negativa, indique
Si es usted: _____ Naturalizado _____ o _____ Residente _____
Número de Certificado Número de Tarjeta
- 6) ¿Ha sido usted convicto de algún delito? _____ Sí _____ No (Si contesta en la
afirmativa, Indique la naturaleza, donde ocurrió, fecha y status del delito) (Utilice pliego
o documento aparte para información adicional de ser necesario) _____

- 7) ¿Ha sido sancionado o disciplinado por alguna Junta Médica ya sea en Puerto Rico u otro Estado?
_____ Sí _____ No (De contestar de manera afirmativa, favor de explicar en una hoja
aparte y/o proveer evidencia)





- 8) Provea una lista de todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero en las cuales al médico se le ha denegado licencia o autorización para practicar la medicina.
- 9) Provea una lista de todas las sanciones, sentencias, remedios, transacciones o convicciones en contra del médico, en cualquier jurisdicción civil y/o militar de Estados Unidos de América o Extranjeras;
- 10) ¿Ha padecido o padece usted de alguna enfermedad o condición contagiosa? _____ Sí _____ No
(Si su respuesta es afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las

CERTIFICO: Que toda la información aquí suministrada es fiel y correcta. Reconozco que fui orientado(a) referente a lo que el Uso de la Telemedicina comprende. Entiendo que de no cumplir con lo aquí dispuesto, podré ser referido(a) a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico mediante el procedimiento disciplinario correspondiente.

AUTORIZO por la presente, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6.4 del Reglamento General 8861 del 30 de noviembre de 2016, conocido como “Reglamento General de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico”, a la Junta o cualquier persona designada por ésta, que investigue y/o verifique cualquier información o documento provisto en esta o con esta solicitud. Entiendo que todo documento y/o certificación provisto podrá ser cotejado mediante fuentes primarias de información, entendiéndose el Federation of State Medical Boards – Board Action Data Bank and Credentials Verification Service (FSMB), National Practitioner Data Bank, US Department of Health and Human Services o cualesquiera otros servicios de información médica aprobados por la Junta.

i
a
m
i
s

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD

a
a
l
a _____





PRÁCTICA DE LA TELEMEDICINA – REQUISITOS PARA RECERTIFICACIÓN

(Esta certificación se renueva cada tres (3) años junto con su registro de médico)

- 1) Presentar Registro de Médico renovado.
- 2) Esta re-certificación está sujeta a la anterior. Debe presentar siete (7) horas/crédito de educación continua en Telemedicina en los siguientes temas:
 - a. Uso Apropiado de la Telemedicina en la práctica de la medicina (1hr)
 - b. Técnicas de comunicación efectiva médico-paciente (1hr)
 - c. Prescripción electrónica de medicamentos (1hr)
 - d. Protección, medidas de seguridad y confidencialidad de la información de salud del paciente (Ley HIPAA) (1hr)
 - e. Médico legal: Consentimiento informado relacionado al uso de la tecnología de Telemedicina (2hrs)
 - f. Actualización de la tecnología en el uso de la Telemedicina (1hr)

*****Estas siete (7) horas crédito serán parte de las horas de temas generales que todo Médico Licenciado presentará para la recertificación de licencia según los requisitos de la Ley 139-2008, según enmendada. ******

Aquellos médicos que tienen su práctica activa en algún estado de los Estados Unidos y que poseen certificación en Telemedicina otorgada por la Junta, les serán acreditados los créditos de educación continua relacionados a la Telemedicina tomados en el estado donde ejercen su práctica.

- 3) **PAGO NO REMBOLSABLE** de \$250.00. El mismo puede efectuarse en ATH, Visa, Mastercard o giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda.

