DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

REQUISITOS PARA OBTENER LISTADO DEL REGISTRO DE MÉDICOS

1. Realizar una solicitud escrita a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (en adelante "Junta") indicando el propósito de la misma y la información que se solicita. La Junta no será responsable de datos que no hayan sido expresos en la solicitud. De haber faltado información, tendrá que solicitar una nueva producción y acompañarla con el pago correspondiente.

2. Acompañar la petición con **dos** emails para envío de la información.

3. Incluir con la solicitud una declaración jurada; se incluye borrador con la información que debe contener. Por favor, note que en la declaración jurada debe expresar que la información que le será provista no podrá ser alterada ni modificada.

4. El pago correspondiente debe efectuarse en giro postal o cheque certificado pagadero al "Secretario de Hacienda". El costo de la producción de información es el siguiente:

    a. Listado de una especialidad en específico: $60.00

    b. Listado de todas las especialidades: $500.00

5. La información solicitada será suplida por la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT), división del Departamento de Salud que custodia los mencionados datos, por lo que el proceso puede tardar aproximadamente tres semanas o más. El listado se proveerá en formato PDF, de requerir la información en otro formato deberá indicarlo en la solicitud.

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SOLICITUD DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN DE MÉDICOS REGISTRADOS EN LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO

Nombre de la compañía: _____

Dirección postal: _____

Persona de contacto: _____

Posición: _____ Teléfono _____

La producción solicitada contendrá:

_____ Nombre
_____ Correo electrónico
_____ Especialidad 1,2 Y 3
_____ Ciudad y país de trabajo
_____ Fecha de expiración de registro
_____ Número de Licencia
_____ National Provider Identification (NPI)

CERTIFICO:

Que fui orientado en cuanto a los requisitos para la obtención de esta información y que estoy consciente que la misma será para los fines que detallan en mi Declaración Jurada, y que la misma será manejada de forma confidencial.

_____ _____
Firma del Peticionario Fecha

PARA USO OFICIAL

Entregado por: _____ Recibido por: _____

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969
WWW.SALUD.GOV.PR, (787)765-2929 Ext. 6592
marielarivera@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

_____

Fecha: _____

Cobrado en: ( ) ATH ( ) Giro ( ) Cheque certificado:_____

- **NO SE REEMBOLSA EL DINERO.**

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969
WWW.SALUD.GOV.PR, (787)765-2929 Ext. 6592
marielarivera@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

BORRADOR

Declaración Jurada
Solicitud de Datos de Registro de Médicos

Yo, XXXXXXXXXXXXXX, seguro social xxx-xx-xxxx, mayor de edad, casado/soltero, vecino de XXXXXXX, Puerto Rico, y empleado de XXXXXXXXX, bajo el más solemne juramento declaro que:

1. Mi nombre y circunstancias personales son las antes expuestas.
2. Soy el/la (**posición en la compañía**) con oficinas en (**pueblo, país**).
3. En representación de la compañía XXXXXXXXX, presento una solicitud de datos de registro de médicos en la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
4. El propósito para el que se utilizará los datos solicitados es para compartir información clínica, investigación, análisis y/o estadísticas.
5. Protegeremos la confidencialidad de los datos que se provean a esta compañía.
6. Cumpliremos con los requisitos del a Guía de Divulgación de Información del Departamento de Salud del 11 de septiembre de 1980.
7. Los datos confidenciales no se divulgarán sin la autorización del Departamento de Salud.
8. Los datos no serán utilizados de forma que afecte los derechos y beneficios de las personas incluidas en los mismos.
9. Bajo ninguna circunstancia se divulgará a terceras personas el nombre, dirección, o cualquier otra información que identifique a la persona u organización que haya suministrado los datos o que se describa en los mismos.
10. No se producirá parcial o totalmente las listas del Registro que no sean provistas.
11. No se alterará y/o sustituirá ninguna información que esté provista en estos datos.
12. Nos responsabilizamos legalmente por todos los daños que el manejo negligente de la información divulgada pueda ocasionar a las personas descritas en los mismos o a terceros.
13. La compañía se responsabilizará por el pago de los costos de reproducción y manejo de la lista, según se fijen por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Y para que así conste, juro y suscribo la presente declaración en XXXXXXXXX, Puerto Rico, hoy XX de XXXXX de XXXX.

_____
Firma del peticionario

AFIDAVIT NÚM.XXXXXXX

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969
WWW.SALUD.GOV.PR, (787)765-2929 Ext. 6592
marielarivera@salud.pr.gov

Jurado y suscrito ante mí por XXXXXXXXXXX, de las circunstancias personales antes descritas, y a quien doy fe de conocer mediante XXXXXXXXXXXX, en XXXXXXXXXXX, Puerto Rico, hoy XX de XXXXX de XXXX.

_____
Notario Público

Sello Notarial