



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 DE LA TERCERA PARTE DE REVÁLIDA

(Examen Práctico)

- Reexamen Acomodo Razonable
- español inglés

FAVOR UTILIZAR LETRA DE MOLDE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

Últimos cuatro números del Seguro Social: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Dirección postal _____

Calle/PO Box	Ciudad	Estado/País	Zip Code
--------------	--------	-------------	----------

Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____

Correo electrónico (E-mail): _____

Escuela de Medicina donde se graduó de Médico: _____

Institución donde realizó Internado: _____

Ciencias Básicas: _____ Fecha de Examen: _____

Ciencias Clínicas: _____ Fecha de Examen: _____

USMLE parte I: _____ Fecha de Examen: _____

USMLE parte II CK: _____ Fecha de Examen: _____

CERTIFICO: QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES FIEL Y CORRECTA.

Firma del Solicitante

Fecha de la Solicitud

NOTA:

Para poder radicar esta solicitud deberá tener un expediente abierto, haber aprobado la primera y segunda parte de la Reválida de Puerto Rico o el Step I y II CK del USMLE, o cualquier combinación de Reválidas de Puerto Rico o del USMLE, llevar tres (3) meses o más en el internado, **ser Residente permanente o Ciudadano Americano**, e incluir lo siguiente:

- Un (1) pago por la cantidad de doscientos dólares (\$200.00) mediante ATH, VISA, Master Card o en giro postal o bancario pagadero al secretario de Hacienda, **(no reembolsable)**. Luego de procesar la solicitud la institución asignada para el examen le solicitará un pago de setecientos cincuenta dólares (\$750).
- Certificado de no antecedentes penales de la Policía de Puerto Rico — con fecha de emisión de 30 días o menos.
- Una (1) foto 2x2 para la Juramentación.
- Un (1) sobre pre-dirigido a su dirección postal en letra legible con sello postal.
- Copia de Identificación vigente con foto (Licencia de conducir, Real ID, Residencia Permanente o Pasaporte).

Nombre y firma del Técnico que recibe la solicitud

Fecha de recibo





JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde, Utilizar tinta azul o negra solamente)

TERCER PARTE DE LA REVÁLIDA

- Reexamen Acomodo Razonable
 español inglés

NOMBRE:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social XXX-XX-_____ identificado mediante _____
Clase de Identificación Número

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____
Día Mes Año cxxxxxj

CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

(Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de _____ Ciudad de _____

CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notarizada ante mí por el (la) solicitante a los ____ del mes de _____ de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario



FOTO
(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)

SELLO NOTARIAL
(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)