



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 EXAMEN DE REVÁLIDA DE MÉDICOS EN PUERTO RICO

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

Por la presente solicito ser admitido(a) a examen de reválida de médico cirujano que ofrece la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. Tengo a bien someter la siguiente información:

NOMBRE:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Si usted sometió una solicitud bajo otro nombre para cualquiera de los exámenes favor de indicar el nombre y copia del documento legal que certifica el cambio.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

DIRECCIÓN POSTAL:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS SEG SOC:

TEL ALTERNO:

CELULAR:

TRABAJO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

Día

Mes

Año (xxxx)

Ciudad, Estado o País

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ECFMG:

(Someter documento que certifica el número)

CONTESTE:

1) Examen que solicita: ☐ Ciencias Básicas ☐ Ciencias Clínicas (Puede marcar ambas partes si solicita ambos exámenes, pero solo una hoja de juramentación)

2) Idioma del examen que solicita: ☐ Español ☐ Inglés (Importante identificar idioma, de lo contrario no podrá ser considerada su solicitud)

3) Solicitud para Reválida a celebrarse el (los) día (s): de de

4) ¿Ha tomado repaso? ☐ SI ☐ NO – De haber contestado afirmativo indique el proveedor:

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA:

Nombre de la Institución

Ciudad

Estado o País

Promedio obtenido

ESCUELA DE MEDICINA DONDE SE GRADUÓ:

Nombre de la Institución

Ciudad

Estado o País

Promedio obtenido





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave en Puerto Rico o en algún estado o país?
SI _____ NO _____
- 2) ¿Ha sido acusado y/o convicto por algún delito que implique depravación moral?
SI _____ NO _____
- 3) ¿Ha Sido usted convicto por ejercer ilegalmente cualquier profesión en Puerto Rico o en algún estado o país?
SI _____ NO _____
- 4) ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años?
SI _____ NO _____
- 5) ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, alcoholismo durante los últimos ocho (8) años?
SI _____ NO _____
- 6) ¿Ha sido usted acusado y/o convicto por algún delito que implique depravación moral?
SI _____ NO _____

REQUISITOS:

- ____ 1) Pago por la cantidad de \$550.00 dólares por cada parte de examen escrito (No reembolsables) en Giro Postal o Bancario a nombre del **Secretario de Hacienda** o puede efectuar pago mediante ATH, Visa O MasterCard, (con tarjeta o celular), no se aceptan otras formas de pago que no sean las indicadas anteriormente. (Mediante la Ley 139-2008 se crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico que a su vez deroga la Ley 22 de 22 de abril de 1931, según enmendada que creo el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico. Conforme al Art. 16 de la ley habilitadora, se firmó la Orden Administrativa Núm. 242 en la cual cambia el costo por concepto de solicitud de reválida).
- ____ 2) ORIGINAL Certificación Negativa de Antecedentes Penales - No mayor de 30 días.
- ____ 3) DOS (2) Sobres pre-dirigidos con sellos.
- ____ 4) Identificación válida con foto (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte).

CERTIFICACIÓN:

CERTIFICO que he leído y completado toda la solicitud de reválida. Que estoy consciente y he sido orientado (a) de los requisitos para ser elegible para la PARTE I Y II de la reválida, Que la información provista es cierta y exacta. También he leído y me he familiarizado con la Ley Núm. 139 de I de agosto de 2008 (de interesar una copia de dicha ley deberá solicitarla al Departamento de Estado) que crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. Entiendo que se requiere verificar mi elegibilidad para este examen, y estoy de acuerdo en pagar cualquier costo a estos efectos. Además, he sido orientado (a) que el pago por este concepto no será reembolsable de no cualificar para el mismo.

Toda solicitud debe ser sometida por el aspirante o un gestor debidamente autorizado mediante carta con copia de la identificación del aspirante.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

NOTA: Esta solicitud **NO PODRÁ** ser considerada, si no está completada en todos sus encasillados,

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____ FECHA: _____





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

JURAMENTACIÓN

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

PARTE SOLICITADA: ☐ CIENCIAS BÁSICAS ☐ CIENCIAS CLÍNICAS

☐ Español ☐ Inglés

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)

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

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

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

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 adjunta 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

PARA USO OFICIAL

(Favor de no llenar esta parte)

CIENCIAS BÁSICAS

CIENCIAS CLÍNICAS

AM	PM	AM	PM
_____ Iniciales	_____ Iniciales	_____ Iniciales	_____ Iniciales

Fecha: _____

Fecha: _____

