DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico

HOJA INFORMATIVA ADICIONAL PARA ASPIRANTES QUE REQUIERAN AYUDA O ACOMODO ESPECIAL PARA EXÁMENES DE REVÁLIDA

Esta hoja es para uso exclusivo de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDM). Todo aspirante que requiera ayuda o acomodo especial durante la administración de los exámenes de reválida, deberá llenarla y presentarla con su solicitud de admisión a los exámenes para los que solicita admisión. Esta hoja deberá estar acompañada del formulario titulado **CERTIFICACIÓN** que se incluye, suscrito por un médico o profesional debidamente licenciado que conozca su impedimento o condición.

NOMBRE:_____
Apellidos Nombre Inicial

DIRECCIÓN POSTAL:_____

_____

SEGURO SOCIAL: XXX-XX-_____ **EMAIL:**_____

TELÉFONOS: (CELULAR)_____ **OTROS:**_____

I. Reválida Solicitada:

( ) Ciencias Básicas ( ) Ciencias Clínicas ( ) Examen Práctico

MES:_____ DE AÑO:_____

II. Favor indicar si es la primera vez que solicita admisión a los exámenes de reválida:
( ) SI ( ) NO

III. Si su solicitud es de readmisión, favor de indicar si el acomodo solicitado fue concedido anteriormente por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico: ( ) SI ( ) NO

IV. Explique el impedimento o condición que usted entiende que requiera algún tipo de ayuda o acomodo especial durante la administración del examen de reválida:

_____

_____

Email: junta.medicos@salud.pr.gov
P.O. Box 13969, San Juan, PR 00908-3969 ,
Tel. (787) 999-8989 ó (787) 765-2929 Ext. 6574, 6573

V. Provea la siguiente información con respecto al impedimento o condición que señaló anteriormente, incluya copia certificada de su expediente en poder del médico o médicos que indica a continuación:

Nombre del médico u otro profesional cualificado que le haya brindado regularmente tratamiento por razón de su impedimento o condición	Dirección y Teléfonos	Agencia o Institución que pudiera ofrecer información con respecto a dicha condición

VI. Indique la ayuda o acomodo especial que solicita:

_____

_____

_____

_____

VII. Describa los acomodos especiales que ha recibido a través de su vida académica, en otros exámenes que haya tomado, o en otras facilidades públicas que haya utilizado. Deberá proveer, además, certificación del acomodo que recibió en la escuela de medicina:

INSTITUCION EDUCATIVA	ACOMODO O AYUDA RECIBIDA	FECHA

VIII. Incluya cualquier otra información o documento que, a su juicio, pueda ayudar a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico a evaluar su petición:

_____

_____

IX. Indique las razones, si alguna, por las cuales usted entiende que su impedimento o condición no lo imposibilita de llevar a cabo las funciones de médico, teniendo en consideración que su desempeño profesional incide sobre la salud y la vida de otras personas que podrían estar bajo su cuidado. Incluya documento explicativo adicional a estos efectos.

Email: junta.medicos@salud.pr.gov
P.O. Box 13969, San Juan, PR 00908-3969 ,
Tel. (787) 999-8989 ó (787) 765-2929 Ext. 6574, 6573

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JURAMENTO

Yo, _____, bajo juramento declaro: Que soy aspirante al ejercicio de la medicina, que los hechos en esta hoja informativa y en los documentos, si alguno, que se unen, son ciertos y me constan de propio conocimiento.

En _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de _____.

_____
Firma del Peticionario

AFFIDAVIT NUM.:_____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI POR _____, mayor de edad, de estado civil _____ y vecino (a) de _____, a quien doy fe de conocer personalmente o cuya identidad he corroborado mediante _____.

En _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de . _____.

_____
Notario Público

Email: junta.medicos@salud.pr.gov
P.O. Box 13969, San Juan, PR 00908-3969 ,
Tel. (787) 999-8989 ó (787) 765-2929 Ext. 6574, 6573

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN

(Para ser completado por el Médico o Terapeuta que ha tratado al aspirante)

Este documento es para el uso exclusivo de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDM). La información que aquí se provea se utilizará para evaluar la solicitud en la **HOJA INFORMATIVA** presentada por el aspirante para requerir ayuda o acomodo especial durante la administración del examen de reválida, a tener con lo dispuesto en la legislación protectora de las personas con impedimentos.

La Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDM) por virtud de su Ley Habilitadora, Ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008, tiene entre sus funciones, el ofrecer exámenes de reválida a los aspirantes al ejercicio de la medicina. Tiene también bajo sus responsabilidades el emitir licencias para la práctica de la medicina en Puerto Rico a esos efectos, salvaguardando por sobre toda otra consideración el interés público y el derecho del Pueblo a servicios médicos de calidad.

El profesional que suscriba este documento deberá ser el médico o terapeuta que ha tratado al aspirante por la condición por la cual solicita el acomodo razonable. Este profesional no podrá ser pariente del o la aspirante dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad. Deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido, mediante consultas con la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDM). La Junta (JLDM) garantiza la confidencialidad de la información.

A. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN:

1. Nombre del profesional:_____
2. Profesión:_____
3. Dirección de su oficina, número de teléfono, fax y dirección electrónica (si aplica):
   _____
   _____
   _____
4. Años en el ejercicio de la profesión:_____
5. Número de licencia:_____

B. INFORMACIÓN SOBRE EL (LA) ASPIRANTE:

1. Nombre completo del (la) aspirante:_____
2. Indique el impedimento que padece el (la) aspirante. Describa en que consiste dicho impedimento o concición._____
   _____
   _____
   _____

Email: junta.medicos@salud.pr.gov
P.O. Box 13969, San Juan, PR 00908-3969 ,
Tel. (787) 999-8989 ó (787) 765-2929 Ext. 6574, 6573

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

3. Indique el diagnóstico o probable diagnóstico que pudiera estar relacionado con la condición: _____
_____ 4. Indique desde qué fecha ha atendido al aspirante por dicho impedimento o condición: _____

5. Indique los medicamentos, tratamiento o ayudas que utiliza regularmente el (la) aspirante para atender su impedimento o condición:_____
_____
_____
_____

6. Indique qué condiciones o circunstancias, si alguna, activan o agravan el impedimento o condición del (la) aspirante: _____
_____
_____

7. Indique el acomodo o ayuda especial que, a su juicio profesional, el (la) aspirante necesita para tomar el examen de reválida. Al responder a esta pregunta sea lo más específico posible:
_____
_____
_____

8. Explique la razón o razones por las que el (la) aspirante necesita dicho acomodo o ayuda especial:
_____
_____
_____

9. Indique si en su juicio profesional, el (la) aspirante estaría apto para llevar a cabo las funciones de un médico, sin poner en riesgo la vida o salud de sus pacientes, por la naturaleza de su impedimento o condición._____

10. Explique detalladamente la (s) razón (es) para su contestación anterior (incluir documento adicional de ser necesario):
_____
_____
_____
_____
_____
_____

11. Comentarios adicionales, si alguno:_____
_____
_____

_____ _____
Nombre del médico o Terapeuta (Letra de molde) Firma del médico o Terapeuta

Licencia Número:_____ Fecha:_____

Email: junta.medicos@salud.pr.gov
P.O. Box 13969, San Juan, PR 00908-3969 ,
Tel. (787) 999-8989 ó (787) 765-2929 Ext. 6574, 6573