



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

TRÁMITES Y CAMBIOS

NOMBRE: _____

PROFESION: _____

NUMERO DE LICENCIA: _____ NUMERO DE REGISTRO: _____

DIRECCION: _____

SERVICIOS SOLICITADOS

- ☐ Pago de Multa
- ☐ Pago de Registro
- ☐ Corregir Licencia
- ☐ Duplicado de Certificado de Registro (tiene costo)
- ☐ Corregir Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
- ☐ Corregir Nombre
- ☐ Cambio de Dirección

RAZON PARA SOLICITAR EL SERVICIO:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA

PARA USO OFICIAL:

TECNICO DE REGISTRO: _____

FECHA: _____