



SOLICITUD DE REGISTRO DE LICENCIA DE MÉDICOS ASISTENTES

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
1.Nombre de Nacimiento			
_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
2. ¿Alguna vez ha cambiado su nombre por causa de matrimonio o caso legal? Sí ____ No ____ Si la respuesta anterior fue "Sí", indique su nombre actual:			
_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
3.Número de Seguro Social	4.Licencia de Médico Asistente	5.Fecha de nacimiento DD/ MM/ AAAA	6.Género
<input type="text" value="- -"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="/ /"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
7.Estado Civil	8.Lugar de Nacimiento		
<input type="text"/>	_____		
	Pueblo o Ciudad		Estado o País
9. ¿Es usted Ciudadano Americano?	10. Número de Visa o Certificación de Naturalización:		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>		
11. Dirección Física:		12. Dirección Postal:	
_____		_____	
Barrio o Urbanización		Barrio o Urbanización	
_____		_____	
Calle y Número o Apartado		Calle y Número o Apartado	
_____		_____	
Ciudad o Pueblo / Estado o País / Zip Code		Ciudad o Pueblo / Estado o País / Zip Code	
13. Correo electrónico:		14.Número de NPI:	
_____		<input type="text"/>	





GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

15. Teléfono Residencial: <input type="text"/>	16. Teléfono Celular: <input type="text"/>	17. Teléfono del trabajo: <input type="text"/>
---	---	---

18. Fecha de expedición de licencia: / /
DD MM AAAA

II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

19. Nombre de la Escuela de Medicina o escuela de Médico Asistente o donde se graduó: <input type="text"/>	20. Localización de la Institución: <input type="text"/> Ciudad o Pueblo Estado o País
---	--

22. Grado obtenido: <input type="text"/>	23. Fecha de graduación: <input type="text"/> DD / MM / AAAA
---	--

III. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN

24. ¿Usted está licenciado o autorizado para ejercer la medicina o ejercer como Médico Asistente alguna jurisdicción de Estados Unidos de América o del extranjero? SI NO

¿Dónde?

25. De haber contestado "Sí" en la pregunta anterior, ¿está activo/a en la profesión fuera de Puerto Rico? SI NO

26. ¿Usted voluntariamente ha renunciado a su licencia o autorización para practicar la medicina o practicar como Médico Asistente en alguna jurisdicción civil y/o militar en los Estados Unidos de América o el extranjero? SI NO

¿Dónde?

IV. INFORMACIÓN GENERAL

27. ¿Ha practicado la profesión de Médico Asistente ilegalmente en Puerto Rico o en algún otro estado o País? SI NO

¿Dónde?





GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

28. ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave que conlleve depravación moral en Puerto Rico o algún estado o país extranjero? SI NO

¿Dónde?

29. ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años? Si NO

30. ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o Alcoholismo durante los últimos ocho (8) años? SI NO

31. ¿Ha recibido usted alguna sentencia o ha transado una reclamación por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? SI NO

¿Dónde?

32. ¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso Radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza en Puerto Rico o en algún estado o país? SI NO

¿Dónde?

33. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental? SI NO

34. ¿Se ha anunciado o practicado como Médico Asistente sin estar debidamente certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico para así hacerlo? SI NO

35. ¿Está usted en la disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión? SI NO

36. ¿Posee póliza de responsabilidad financiera de acuerdo a la sección 41.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada? SI NO

37. De no aplicar pregunta anterior, indique si posee protección financiera mediante un fideicomiso, médico supervisor o institución donde practica. SI NO

38. Si fue afirmativa la pregunta anterior, incluya copia simple de la escritura.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

V. CERTIFICACIÓN, DERECHO DE PAGO Y JURAMENTO

Incluyo:

Giro

Fecha:

DD / MM / AAAA

Número de recibo oficial:

CERTIFICO Y JURO que la información que procede en esta solicitud de registro es completa, verdadera y correcta. A su vez autorizo a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico a requerir que me someta a cualquier estudio mental, físico o examen de dependencia química y relevo de toda objeción a la admisibilidad de los resultados en cualquier vista frente a la Junta.

____ / ____ / ____
DD MM AAAA
Fecha

Firma

PARA USO OFICIAL. NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

¿Cumple con los requisitos? ___ SI ___ NO

Razón:

