

**SOLICITUD DE RENOVACION DE REGISTRO 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

Masculino ☐  
Femenino ☐

7.Estado Civil

8.Lugar de Nacimiento

Pueblo o Ciudad

Estado o País

9. ¿Es usted Ciudadano Americano?

☐ SÍ ☐ NO

10. Número de Visa o Certificación de Naturalización:

11. Dirección Física:

Barrio o Urbanización

Calle y Número o Apartado

Ciudad o Pueblo / Estado o País / Zip Code

12. Dirección Postal:

Barrio o Urbanización

Calle y Número o Apartado

Ciudad o Pueblo / Estado o País / Zip Code

13. Correo electrónico:

14. Fecha de expedición de licencia:

/ /  
DD MM AAAA



## II. LUGAR DONDE EJERCE SU PROFESION

### III. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN

## ¿Dónde?

#### IV. INFORMACIÓN GENERAL

24. ¿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?

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

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

27. ¿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?

28. ¿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?

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

30. ¿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

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

32. ¿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

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

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

**V. CERTIFICACION Y JURAMENTO**

**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