



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 DUPLICADO DE REGISTRO

Favor marcar con una (X) ☐ Duplicado Registro Médico ☐ Duplicado de Registro (PA)

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NÚMERO DE LICENCIA DE MÉDICO

NÚMERO DE REGISTRO

RAZÓN PARA DUPLICADO: _____

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

FIRMA DEL TÉCNICO JLDM

Nota: No informar a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico por correo certificado, todo cambio de dirección residencial, profesional o postal, en o fuera del Gobierno de Puerto Rico, dentro de los cinco días siguientes a la fecha de tal cambio, podría resultar, entre otros, en una sanción administrativa y multa por la cantidad de SETENTA Y CINCO (\$75.00) dólares.

