



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

PARA USO EXCLUSIVO ÁREA DE RECAUDACIÓN

SOLICITUD NÚMERO _____

SOLICITUD DE LICENCIA PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE MÉDICO ASISTENTE EN EL GOBIERNO DE PUERTO RICO

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul o negra solamente)

Por la presente solicito la licencia para el ejercicio de la profesión de Médico Asistente en el Gobierno de Puerto Rico que ofrece la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Deberá someter su nombre completo legal, sobrenombre y cualquier otro nombre utilizado en vida.

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN POSTAL ACTUAL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL: _____

SEGURO SOCIAL: _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: _____

CELULAR: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ Ciudad, Estado o País
Día Mes Año (XXXX)

EDUCACION:

ESCUELA DE MÉDICO ASISTENTE O ESCUELA MEDICINA DONDE SE GRADUÓ:

Nombre y localización de la Institución de la escuela de médico asistente de la que se graduó Ciudad

Estado o País Grado obtenido y fecha de graduación

Nombre y localización de la Institución de la Escuela de Medicina de la que se graduó Ciudad

Estado o País



CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave que conlleve depravación moral en Puerto Rico o en algún estado o país? SI ___ NO ___
- 2) ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años? SI ___ NO ___
- 3) ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, alcoholismo durante los últimos ocho (8) años? SI ___ NO ___
- 4) ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente cualquier profesión en Puerto Rico o en algún estado o país? SI ___ NO ___

HISTORIAL PERSONAL (Orden Cronológico): INDIQUE SI SE HA TOMADO ACCIONES ADVERSAS EN SU CONTRA:

-Jurisdicción extranjera que licencien u autoricen la práctica de la profesión médica y/o la profesión de médico asistente: SI ___ NO ___

-Jurisdicción E.U. y Puerto Rico que licencien u autoricen la práctica de la profesión médica y/o la profesión de médico asistente: SI ___ NO ___

-Organización de salud:

NOMBRE	FECHA	ACCIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

-Asociación Profesional o Sociedad:

NOMBRE	FECHA	ACCIÓN O DISPOSICIÓN FINAL





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

-Agencia de Seguridad

NOMBRE	FECHA	ACCIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

-Tribunal o Agencia Administrativa por demanda o acción civil o administrativa:

NOMBRE	FECHA	ACCIÓN O DISPOSICIÓN FINAL

PRESENTE JUNTO A ESTA SOLICITUD UNA LISTA DE:

- 1) Todas las jurisdicciones de Estados Unidos de América y extranjeras en las cuales esté licenciado y/o autorizado para practicar la medicina o ejercer como Médico Asistente.
- 2) Todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero donde usted haya solicitado autorización para practicar medicina o como Médico Asistente.
- 3) Todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero en las cuales el candidato voluntariamente haya renunciado a su licencia o autorización para practicar la medicina o practicar como Médico Asistente.
- 4) Todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero en las cuales se le haya denegado licencia o autorización para practicar medicina o como Médico Asistente.
- 5) Todas las sanciones, sentencias, remedios, transacciones o convicciones en su contra, en cualquier jurisdicción civil y/o militar de Estados Unidos de América o extranjeras.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

*En este renglón describirá un historial detallado de la educación, incluyendo los lugares, instituciones, fechas y descripción del programa de todo su historial académico, comenzando con la escuela superior e incluyendo todas las universidades, pre-profesional, profesional, empleos y servicio militar:

INSTITUCIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y GRADO OBTENIDO
Escuela Superior		
Universidades		
Empleos		
Servicio Militar		
Otros		





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

REQUISITOS:

___ 1) Pago por la cantidad de quinientos **\$500.00** dólares (**No reembolsables**) en Giro Postal o Bancario a nombre del Secretario de Hacienda o puede efectuar pago mediante ATH, Visa o Mastercard.

___ 2) **ORIGINAL** Certificación Negativa de Antecedentes Penales –No mayor de seis (6) meses.

___ 3) Certificación Negativa de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) de que no adeuda pensión alimenticia o que, de adeudarla, está acogido a un plan de pago.

___ 4) Diploma, título de doctor en Medicina o certificado acreditativo de haber completado satisfactoriamente todos los estudios académicos de la carrera de doctor en medicina expedido por alguna universidad, colegio o escuela cuyo curso de estudios esté aceptado y registrado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica; o

___ 5) Someter un diploma, título de médico asistente o *Physician Assistant*, certificado acreditativo de haber completado satisfactoriamente todos los estudios académicos de la carrera de médico asistente o *Physician Assistant*, expedido por alguna universidad, colegio o escuela cuyo curso de estudio esté acreditado por la *Accreditation Review Commission for the Physician Assistant* (ARC-PA).

___ 6) Ser mayor de veintiún (21) años de edad.

___ 7) Copia del Certificado de Nacimiento y el original emitido por el Registro Demográfico (para efectos de acreditar que la copia retenida es fiel y exacta de la original).

___ 8) Identificación con foto emitida por la autoridad gubernamental competente del país de origen del aspirante:

- a. Si el solicitante es extranjero de visita en Puerto Rico, deberá someter certificación de la autoridad competente del gobierno de los Estados Unidos de América, acreditativa de que se le ha otorgado una visa de no inmigrante (non-immigrant visa) y los términos y condiciones de la misma, además de un permiso de trabajo, sujeto a las leyes federales de inmigración y su interpretación.
- b. Si el solicitante es extranjero residente deberá someter documento o certificación de la autoridad competente del gobierno de los Estados Unidos de América, acreditativa de que se le otorgó el estatus de residentes de los Estados Unidos.
- c. Si el solicitante es ciudadano naturalizado de los Estados Unidos de América deberá someter documento o certificación de la autoridad competente del Gobierno de los Estados Unidos de América, que contenga la fecha de naturalización y el número de Certificado de Naturalización.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

9) Someter original del Certificado de Antecedentes Penales emitido por la Policía del Gobierno de Puerto Rico, con no más de treinta (30) días de expedido de la fecha en que lo entrega, así como certificados análogos, expedidos por la autoridad gubernamental competente, de aquellos lugares donde el candidato haya residido durante los últimos cinco (5) años. Disponiéndose que cuando la Junta lo crea conveniente, podrá exigir a cualquier candidato que presente certificados para términos anteriores a los últimos cinco (5) años.

10) Cumplimentar la Certificación Médica, acreditativa de que el aspirante, luego de haber sido sometido a examen, tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión de médico asistente en Puerto Rico. La Certificación Médica forma parte de esta solicitud.

11) El aspirante será responsable de conocer los estatutos y reglamentos de Puerto Rico relacionados a la práctica de medicina y así certificarlo al momento de someter esta solicitud. Los mismos están disponibles en la página oficial del Departamento www.salud.pr.gov marcar la pestaña **Profesionales y Proveedores**, bajo **Profesionales de la Salud** buscar **Médico Asistente** y allí encontrará los documentos relacionados.

CERTIFICACIÓN:

CERTIFICO que he leído y completado toda la solicitud de Licencia para ejercer la Profesión de Médico Asistente en el Gobierno de Puerto Rico. Que estoy consciente y he sido orientado (a) de los requisitos para ser elegible para ésta Licencia. Que la información provista es cierta y exacta. También he leído y me he familiarizado con la Ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008, según enmendada, que crea *la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico*, su Reglamento 8861 del 30 de noviembre de 2016, la Ley 71 de 5 de agosto de 2017 que crea la *Profesión de Médico Asistente en el Gobierno de Puerto Rico* y su Reglamento 9065 de 28 de diciembre de 2018. Entiendo que se requiere verificar todos los requisitos para otórgame la Licencia para ejercer la Profesión de Médico Asistente en el Gobierno de Puerto Rico. Además, he sido orientado (a) que el pago por este concepto no será reembolsable de no cualificar para el mismo. Acepto la responsabilidad que me imponen las Leyes y Reglamentos que rigen la Profesión de Médico Asistente. Reitero la veracidad y corrección de cuanto más afirmo y refiero en esta solicitud y reconozco que me expongo a la nulidad de la misma y penalidad por perjurio de encontrarse que el contenido y/o los documentos sometidos son falsos.

Firma del Solicitante

FECHA: ____/____/____
Día Mes Año (XXXX)

NOTA: Esta solicitud NO PODRÁ ser considerada, si no está completada en todos sus encasillados.





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA
JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO**

Nombre del examinado _____

Lugar donde se realizó el examen médico _____

Nombre y número de licencia del médico que realizó el examen _____

.....
**CERTIFICACION MÉDICA SOBRE CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL
PARA EJERCER LA PROFESION DE MÉDICO ASISTENTE EN PUERTO RICO**

Yo, _____, con Licencia número _____
la cual se encuentra vigente expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico para ejercer la medicina, acredito y certifico que, _____ ha sido examinado por mi persona y

() Tiene la capacidad y competencia física mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.

() No tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.

Acreditado y certificado hoy ___ de _____ de 20 _____ en _____ de Puerto Rico,

Firma del médico licenciado

.....
Advertencia: La Certificación debe estar cumplimentada en su totalidad

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969
(787)765-2929





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO
(NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA)

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____ FECHA: _____

PA-002 (2019)





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul o negra solamente)

LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE MÉDICO ASISTENTE

FOTO 2 X 2

(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)

SELLO NOTARIAL

(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)

NOMBRE: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social XXX-XX- e identificado mediante Clase de Identificación Número

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año (XXXX) Sexo: Masculino Femenino

CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

(Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de Ciudad de

CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notarizada ante mí por el (la) solicitante a los días del mes de de .

Firma del Solicitante

Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

AFIDAVIT NUM: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____, mayor de edad, (estado civil) _____, (profesión) _____ y vecino de _____, Puerto Rico a quien doy fe de haber identificado mediante _____,

Quien firma la última hoja y escribe sus iniciales al margen izquierdo de cada una de las páginas de esta solicitud.

En _____ Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20__.

NOTARIO

