



SOLICITUD DE VERIFICACION DE LICENCIA

(License Verification Form or Good Standing)

LICENCIA PERMANENTE
(REGULAR LICENSE)

LICENCIA PROVISIONAL
(PROVISIONAL LICENSE)

LICENCIA MEDICO ASISTENTE
(PHYSICIAN ASSISTANT)

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
(APPLICANT'S NAME) APELLIDOS (SURNAME) NOMBRE (FIRST NAME) INICIAL (MIDDLE INITIAL)

DIRECCION POSTAL: _____
(MAILING ADDRESS)

TELEFONOS (TELEPHONES): _____

NUM. LICENCIA (LICENSE NUMBER): _____ SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) XXX-XX- _____

Si la licencia es provisional favor de escribir el número de Seguro Social completo
(if the license is provisional, please write the full social security number)

EMAIL (CORREO ELECTRÓNICO): _____

FAVOR DE CONTESTAR/PLEASE ANSWER EACH OF THE FOLLOWING:

1) ¿Posee una o más especialidades profesionales según reconocidas por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica?

(Do you have one or more medical specialties which are recognized by the Puerto Rico Medical Board?) _____ YES _____ NO

If your answer is yes, please complete the required information as follows:

_____ SI _____ NO De contestar en afirmativo, indique cual (es) son:

Especialidad/Sub-Especialidad
(Medical specialty, subspecialty or Fellowship)

Fecha en que se certificó por la JLDM
(Date of certificate issued by the PR Medical Board)

2) Posterior a la fecha de su última solicitud de Verificación de Licencia, ¿Obtuvo usted alguna Especialidad o subespecialidad por la JLDM? _____ SI _____ NO Indique la misma y fecha de otorgación:

(After your most recent Goodstanding Certificate date, have you received a medical specialty, subspecialty or Fellowship certification by the Puerto Rico Medical Discipline and Licensure Board?) _____ Yes _____ No Identify specialty and mention the date conferred.

_____.)

3) ¿Es usted miembro de el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico? _____ SI _____ NO

(Are you a member of the Puerto Rico College of Physicians and Surgeons?) _____ Yes _____ No

4) Esta (s) verificación (es) es para enviarse a: (This certificate of Goodstanding will be sent to:)



5) ¿Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?
 ____SI ____NO Indique país/Estado: _____

(Do you hold a true and valid medical license in any state of the United States or some other country? ____Yes ____No
 If yes, please identify or name the country or state: _____.)

6) ¿Ha sido su licencia de médico suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____SI ____NO Indique país/ Estado: _____
 (Please specify if your medical license has been suspended, canceled, revoked, returned, or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ____Yes ____No If yes, please indicate the country or state: _____.)

7) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____SI ____NO Indique país/estado: _____. (Have you ever been convicted of a felony or misdemeanor in Puerto Rico, the United States or any other country? Yes No Please identify the country or state: _____.)

¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada

8) a o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____SI ____NO Indique país/ Estado: _____. (Has your medical narcotic license has been denied, suspended, canceled, returned, or garnered by the granting agency, or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ____Yes ____No Please identify the country or state: _____.)

9) ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDM o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____SI ____NO Indique país/ Estado: _____. (Have you ever been convicted of the illegal practice of medicine and any other medical science, associated with acupuncture and/or any other specialty, non-certified by the Board or any other professional medical specialty in Puerto Rico, United States or some other country? ____Yes ____No Please identify the country or state: _____.)

10) ¿Es usted objeto de alguna acción administrativa en la División Legal de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o en algún estado de los Estados Unidos o algún otro país?
 ____SI ____NO Indique país/Estado: _____. (Are you subject to any and all administrative action within the Legal Division of the Puerto Rico Medical Discipline and Licensure Board or in any other state of the United States or a foreign country? ____Yes ____No Please identify country or state: _____.)

REQUISITOS (REQUISITES):

- PAGO:** Giro Postal o Bancario pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico por la cantidad de \$25.00 dólares o con ATH, VISA o MASTERCARD
 (Payment: USPS or Bank Money Order payable to the Secretary of the Treasury of Puerto Rico, in the amount of TWENTY FIVE DOLLARS ONLY - \$25.00 dollars(USD) or via ATH, VISA, MASTERCARD).
- Sobre pre-dirigido con sello, para asegurar envío correcto
 (Please include a self-addressed stamped envelope to ensure correct mailing process).
- ¿Cómo desea la Verificación de licencia? Please select in which language would you prefer receipt of your Goodstanding certification?
 Inglés/English Español/Spanish

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

(AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION)

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia Profesional a Patronos, Agencias, Instituciones educativas, Compañías de Seguros Médicos, Instituciones Profesionales y Juntas. (I hereby do authorize the Commonwealth of Puerto Rico - Department of Health, to offer without infringement all information as it pertains to my professional license status to any employment or government agencies, Medical Insurance Companies, Professional and Educational Institutions and corresponding Boards).

Fecha: _____
 (Date)

Firma: _____
 (Signature)