REQUISITOS GENERALES PARA SOLICITAR LICENCIA PROVISIONAL EN PUERTO RICO MEDIANTE ENDOSO POR "USMLE"

1. Someter certificación de la Oficina de Inmigración y Naturalización en caso de ciudadano extranjeros o naturalizados indicando su estatus.

2. Someter el formulario "Solicitud Para Abrir Expediente de Licencia Provisional en Puerto Rico Mediante Endoso por USMLE" debidamente cumplimentado y juramentado ante Notario Público.

3. Someter la Solicitud de Licencia Provisional con foto 2x2 reciente.

4. Someter pago en giro postal (ej. Money Order o Money Gram) cheque certificado, ATH,Visa o Master Card, por la cantidad de DOCIENTO CINCUENTA ($250.00) dólares, por concepto de licencia provisional a nombre de **SECRETARIO DE HACIENDA.**

5. Dos (2) sobres pre-dirigidos (la dirección postal del solicitante debe ir en la parte central del sobre) tamaño carta (tamaño #10 [4 1/8 X 9 ½]) con sellos.

6. Someter transcripción de crédito de la(s) universidad(es) o colegio(s) donde haya cursado estudios de bachillerato en Ciencias Naturales, pre-médica o su equivalente con un índice no menor de 2.50 o su equivalente, **enviados directamente por la(s) institución(es) a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica por correo o mensajería**.

7. Someter certificación de Decano de la Escuela de medicina debidamente notariada indicando que completo los estudios correspondientes a las Ciencias Básicas y las Ciencias Clínicas. La certificación deberá ser enviada directamente por la institución, de forma física por correo o mensajería, a la junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.

8. Someter transcripción de crédito de la(s) escuela(s) de medicina con el Titulo de Doctor en Medicina otorgado-enviada(s) directamente de la(s) institución(es) a la Junta de Licenciamiento.

9. Someter certificación del Titulo de Doctor en Medicina enviada directamente de la Escuela de Medicina.

10. Someter certificación oficial de haber aprobado el "USMLE" o su equivalente en todas sus partes. La certificación deberá ser enviada directamente de la institución correspondiente a la Junta de Licenciamiento. Puede solicitarlo a través de www.fsmb.org

11. Someter original y copia del Certificado de Nacimiento (si nació en Puerto Rico deberá someter el certificado más reciente [multicolor]).

12. Someter orinal de Certificado de Antecedente Penal de la Policía de Puerto Rico, otorgado a la fecha de solicitud. Y récord criminal del país del origen y de todos los estados donde haya residido por los últimos cinco (5) años.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Fecha Recibida _____ Cantidad Pagada _____

SOLICITUD PARA ABRIR EXPEDIENTE DE LICENCIA PROVISIONAL EN PUERTO RICO MEDIANTE ENDOSO POR "USMLE"

(Toda declaración falsa que haga el solicitante con pleno conocimiento o que oculte en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud será motivo de negación o revocación de la licencia, si ya ha sido expedida.)

Por la presente solicito se me expida la licencia provisional para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico bajo la correspondiente supervisión de un médico debidamente certificado a quien se le ha otorgado la licencia regular de Puerto Rico. Someto la siguiente declaración bajo juramento.

Fotografía a color del solicitante de no mas de seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud. Se pegará en este espacio y no será mayor del espacio provisto ni menor de 3x3.
El solicitante deberá firmar dicha fotografía.

(Foto de pasaporte)

El sello notarial deberá cubrir la parte inferior de la foto.

DECLARACION JURADA

Yo _____
declaro bajo juramento que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que el Contenido de la misma es cierto en todas sus partes y que la fotografía adjunta. Verdaderamente me fue tomada durante los pasados seis (6) mese.

_____
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ante mí por _____

El día_____ de _____de _____ En testimonio de los Cual firmo y sello la presente.

_____
Notario Público

EL SOLICITANTE CONTESTARA A CABALIDAD TODO LO SIGUENTE

Nombre: _____ Seguro Social # _____-_____-_____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: _____/_____ /_____ Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____
Mes Dia Año

Dirección postal: _____Tel: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Natural de: _____ ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? _____

Si es ciudadano naturalizado, dé fecha y lugar de naturalización, dé fecha y lugar naturalización.

Color de pelo _____ Color de ojos _____ Estatura _____ Peso _____

¿Ha cambiado su apellido? Si _____ No _____ Si su respuesta es Si indique fecha y lugar en que ocurrió el cambio.

_____ Nombre anterior _____

¿Ha practicado la medicina ilegalmente? Si _____ No _____

¿Ha sido usted condenado o procesado por algún crimen? Si _____ No _____

Si su contestación es Sí, explique detalles en este espacio o en hoja separada, debe incluir la misma.
_____

_____

¿Ha leído usted cuidadosamente y comprendido a cabalidad la ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008, así como el Manual de Orientación?, que contiene la información y las reglas que rigen el examen de revalida de Puerto Rico. Si _____No _____

¿Tiene usted licencia para ejercer la medicina en algún estado de los Estados Unidos? Si _____ No _____.

¿En qué Estado? _____.

Por la presente expresamente renuncio a todas las disposiciones de Ley que prohíbe a cualquier médico u otra persona que me haya atendido o examinado o que en el futuro me atienda o examine a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido o adquiera; y por la presente autorizo a que revele tal conocimiento a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.

ESTUDIOS DE ESCUELA SUPERIOR

Me gradué de la Escuela Superior _____

el día _____ de _____ de _____.

ESTUDIO DE ESCUELA UNIVERSITARIA

(Pre-médica establecida por la Ley Núm. 112 de 4 de junio de 1980, Según enmendado)

Nombre y dirección de la institución a la que asistió _____

_____
Periodo de asistencia (Ejemplo: agosto 1979 a mayo 1980)

1er Año _____ 3er Año _____

2do Año _____ 4to Año _____

Recibí el grado de _____de _____
Colegio o Universidad

El día _____ de _____ de _____

Promedio académico acumulado _____ (Los solicitantes deben poseer un promedio mínimo de 2.50)

(Además de lo anterior, el solicitante debe someter una transcripción oficial de su expediente académico de la institución Universitaria donde aparezca las materias cursadas con las correspondientes notas obtenidas)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Foto 2x2
Autografiada

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

Por la presente solicito se me expida una licencia provisional para trabajar como médico:

Interno _____ Residente _____ Otro (especifique)_____

A trabajar en: _____

Comenzando en: _____ Terminando en: _____

A estos efectos, someto la siguiente información: _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle Número Urbanización

_____
Pueblo País Zip Code

Teléfono Residencial: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ _____
Dia Mes Año Ciudad y/o País

Núm. Seguro Social: _____-_____-_____ Ciudadanía: Estados Unido, Si_____ No _____

Otra: _____ Extranjeros: _____
Número de permiso de entrada de residente y fecha de expedición

Institución donde se graduó: _____ Fecha de graduación _____

¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún otro estado o país? Sí _____ No _____

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol? Sí_____ No _____

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcohol? Sí_____ No_____

¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, la acupuntura, alguna especialidad no certificada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o cualquier otra profesión en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí_____ No_____

¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso Radicado en su contra por cualquier violación de la Ley, reglamento, ¿u ordenanza municipal? Sí_____ No_____

CERTIFICO: Que la información aquí suministrada es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa o incorrecta ofrecida por mí en esta solicitud puede se causa para denegar la misma y/o para iniciar un proceso disciplinario en mi contra.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
PO BOX 13969 San Juan, PR 00908-3969
WWW.SALUD.GOV.PR, glgarcia@salud.pr.gov

CERTIFICACION DEL DECANO / RESGISTRADOR

A LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO:

Yo_____ en mi carácter de

_____ de la Escuela de Medicina _____
(Nombre de la Escuela)

de la Universidad de _____
Nombre y dirección

CERTIFICO: Que _____
Nombre del estudiante

Se matriculo como estudiante de la Escuela de Medicina el día _____ de _____de _____ y

Cursó todas las materias del currículo, pensum o plan de estudio de medicina (Ciencias Básicas y Clínicas) aplicable y oficial.

Certifico además, que el estudiante antes mencionado se graduó de esta Escuela el día _____ de

_____ de _____ Recibiendo el grado de_____

Certifico por último que la fotografía que aparece en esta certificación es del estudiante antes mencionado. Y para

Que así conste, firmo y sello la presente en _____ a _____

de _____de _____

Foto 2x2
Reciente

_____
Firma

Nota: Esta certificación deberá ser enviada directamente por la Universidad a:
Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica de Puerto Rico
PO Box 13969 San Juan, PR 00908

AFFIDAVIT

AFFIDAVIT Núm. _____

_____ **vecino de** _____
(Nombre del funcionario)

Mayor de edad y a quien conozco personalmente, debidamente juramentado, jura ante mí que es el

_____ de _____
(Decano Registrador) **(Nombre de la Institución)**

Y que la certificación que antecede es cierta a su mejor entender y creencia.

_____ _____
Fecha **Firma Notario**

EDUCACION MÉDICA

En _____
Nombre de la Escuela o Universidad y localización

del_____ de _____ de _____ al _____ de _____ de_____

En _____
Nombre de la Escuela o Universidad y localización

del_____ de _____ de _____ al _____ de _____ de_____

En _____
Nombre de la Escuela o Universidad y localización

del_____ de _____ de _____ al _____ de _____ de_____

Se me otorgó (otorgará) Diploma en Medicina por _____

Localizada en _____ el día _____ de _____ de _____

Además de lo anterior, el solicitante debe gestionar una copia de su expediente académico que incluya las materias cursadas, notas obtenidas y grado otorgado certificado por la oficina de registraduría de la institución universitaria y enviada directamente por dicha Oficina a la junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

(Esta certificación deberá ser firmada por dos médicos autorizados a ejercer la medicina en Puerto Rico mediante licencia regular)

1) Certifico que conozco personalmente al (la) Dr(a)_____ desde hace _____ años, que sé que observa buena conducta moral y que le recomiendo a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico como una persona enteramente merecedora para que se le otorgue una Licencia Provisional para ejercer la medicina en Puerto Rico de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

_____ _____
Nombre del Médico **Firma del Médico**

Dirección: _____

_____ Tel. _____ Licencia # _____

2) Certifico que conozco personalmente al (la) Dr(a)_____ desde hace _____ años, que sé que observa buena conducta moral y que le recomiendo a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico como una persona enteramente merecedora para que se le otorgue una Licencia Provisional para ejercer la medicina en Puerto Rico de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

_____ _____
Nombre del Médico **Firma del Médico**

Dirección: _____

_____ Tel. _____ Licencia # _____

Notas:

Los incisos 1,2,3,4,5,11 y 12 tienen que ser sometidos conjuntamente para el proceso de abrir el expediente. Adicional, La certificación Médica y la firma de dos Médicos con Licencia **expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico**

Las fotos deben colocarse en los espacios provistos para la mismas.

La información de contacto de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica es la siguiente:

Dirección Física

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Risco
Departamento de Salud
Edificio GM Group, Frente Antiguo Edificio La Electrónica
Calle Ponce De Leon #1590 (3er Piso)

Dirección Postal

Junta de Licenciamiento Y Disciplina Medica de Puerto Rico
Departamento de Salud
PO Box 13969
San Juan PR 00908

En caso de preguntas, podrá comunicarse con la Sra. Gladys Garcia, a la dirección de correo electrónico glgarcia@salud.pr.gov

La licencia solo será entregada al solicitante.

A TODOS LOS MEDICOS QUE VAN A SOLICITAR LICENCIAS PROVISIONALES POR PRIMERA VEZ, O PARA LA RENOVACIONES DE LA LICENCIAS PROVISIONALES DE TODOS AÑOS
2021, TENDRAN QUE TOMAR EL CURSO DE DEFUNCION COMO REQUISITOS PARA RENOVAR O SACAR POR PRIMERA VEZ UNA LICENCIA PROVISIONAL.

SE LE ORIENTA DE LOS LUGARES QUE ESTARÁN OFRECIENDO ESTOS CURSOS

COLEGIO DE MEDICOS DE PUERTO RICO

UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA

https://academia.prsciencetrust.org/courses/phsu-certificacion-de_muerte-con-enfasis-en_muertes-relacionads-a-desastres

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MEDICA JUNTA DE LICENCIAMIETO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO

Nombre del examinador _____

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 MÉDICA 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 mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico

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

_____

Firma del médico licenciado