



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

**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 ciudadanos extranjeros o naturalizados indicando estatus.
2. Someter el formulario “Juramentación del Formulario Único de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (JLDM)” debidamente cumplimentado y juramentado ante Notario Público.
3. Someter la Solicitud de Licencia Provisional con foto 2x2 reciente.
4. Someter pago no reembolsable en giro postal (ej. Money Order o Money Gram) cheque certificado, ATH, Visa o Master Card, por la cantidad de DOSCIENTOS 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 ¼ x 9 ½]) con sellos.
6. Someter transcripción de créditos 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 del Decano de la Escuela de Medicina debidamente notariada indicando que completó 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 Título de Doctor en Medicina otorgado – enviada(s) directamente de la(s) institución(es) a la Junta de Licenciamiento.
9. Someter certificación del Título 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).
12. Someter en original el Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico, otorgado a la fecha de la solicitud. Someter récord criminal del país de origen y de todos los estados donde haya residido por los últimos cinco (5) años. (Menos 30 días expedición)





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

Notas:

- Los incisos **1,2,3,4,5,11 y 12** tienen que ser sometidos conjuntamente para el proceso de abrir el expediente. Adicional, **deben ser entregados el mismo día los siguientes documentos:**
 - Original y copia impresa de licencia de conducir y/o pasaporte
 - Formulario de Certificación Médica (última página del pdf)
 - Curso de Defunción (enlace provisto al final de la hoja)
- Las fotos deben colocarse en los espacios provistos para las 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 Rico
Departamento de Salud
Edificio GM Group, Frente Antiguo Edificio La Electrónica
Calle Ponce de León #1590 (3er piso)
 - Dirección Postal
 - Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
Departamento de Salud
PO Box 13969
San Juan, P.R. 00908

En caso de preguntas, podrá comunicarse con Geisel Segarra a la dirección de correo electrónico geisel.segarra@salud.pr.gov

La licencia solo será entregada al solicitante.

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

SE LE ORIENTA DE LOS LUGARES QUE ESTARÁN OFRECIENDO ESTE CURSO:

- COLEGIO DE MÉDICOS DE PUERTO RICO
- UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA

Enlace: <https://academia.prsciencetrust.org/product/eng-phsu-certification-of-death-with-an-emphasis-on-disaster-related-deaths>





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

JURAMENTACIÓN DEL FORMULARIO ÚNICO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA (JLDM)

(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 licencia, si la misma ya ha sido expedida.)

Por la presente solicito ser examinado para obtener admisión al examen de reválida y/o para obtener una licencia provisional o licencia regular que permita la práctica de la medicina y cirugía en Puerto Rico y/o para solicitar licencia de médico asistente por lo que someto la siguiente declaración bajo juramento.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____

declaro bajo juramento que soy la persona que completará el formulario digital titulado Formulario Único y que el contenido del mismo es cierto en todas sus partes y que la fotografía adjunta, verdaderamente me fue tomada durante los pasados seis (6) meses.

Fotografía a color del solicitante de no más 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 2x2.

(Foto 2X2)

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

Firma del Solicitante

Núm. De Testimonio

Jurado y suscrito ante mí por _____ el día _____ de _____ del _____ en _____, Puerto Rico.
En testimonio de lo cual firmo y sello la presente.

Notario Público

EL SOLICITANTE CONTESTARA A CABALIDAD TODO LO SIGUIENTE

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

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

Dirección residencial: _____

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, de fecha y lugar de naturalización

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

¿Ha cambiado su apellido? Sí No

Si su respuesta es sí, indique fecha y lugar en la que ocurrió el cambio.

Nombre anterior _____

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿Ha practicado la medicina ilegalmente? Sí No
- ¿Ha sido condenado o procesado por algún crimen? Sí No
- ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave que conlleve depravación moral en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

Si su contestación es sí en alguna de las tres (3) preguntas anteriores, explique detalladamente en este espacio o en una hoja separada. (De usar hoja separada debe adherir la misma a este formulario.) (Si se ha tomado más de una acción adversa en su contra debe detallarlas en orden cronológico.)

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años? Sí No

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, o alcoholismo durante los últimos ocho (8) años? Sí No

¿Ha leído usted cuidadosamente y comprendido a cabalidad la Ley 139 del 1 de agosto de 2008, así como el Manual de Orientación, que contiene la información y las reglas que rigen el examen de reválida de Puerto Rico?
 Sí No

Si su solicitud es con el propósito de aplicar para la Licencia de Médico Asistente ("Physician Assistant"). ¿Ha leído cuidadosamente y comprendido a cabalidad la Ley 71 del 5 de agosto del 2017, que contiene la información y las reglas que regulan la práctica del Médico Asistente en Puerto Rico?

Sí No No Aplica

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

De tener licencia, ¿en cuál Estado? _____





HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

(Premédica establecida por la Ley Núm. 112 del 4 de junio de 1980, según enmendada)

Nombre y dirección de la institución a la que asistió _____

Período de asistencia (Ejemplo: agosto 1979 a mayo 1980)

1er Año _____ 3er Año _____

2do Año _____ 4to Año _____

Recibí el grado de _____ de _____

el día _____ de _____ de _____.

Promedio académico acumulativo _____ (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 aparezcan las materias cursadas con las correspondientes notas obtenidas. **El envío de documentos es de institución a institución.**)

EDUCACIÓN MÉDICA

SEGÚN APLIQUE, ESCRIBA A CONTINUACIÓN LA ESCUELA DE MEDICINA O ESCUELA DE MÉDICO ASISTENTE DE LA CUAL SE GRADUO:

Nombre de la escuela o universidad _____ Localización (Ciudad, Estado o País) _____
Del _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____.

Nombre de la escuela o universidad _____ Localización (Ciudad, Estado o País) _____
Del _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____.

Nombre de la escuela o universidad _____ Localización (Ciudad, Estado o País) _____
Del _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____.

Se me otorgó (u se me 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.





SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

CERTIFICACIÓN: NUEVA RENOVACIÓN ROTACIÓN EXTENSIÓN COPIA

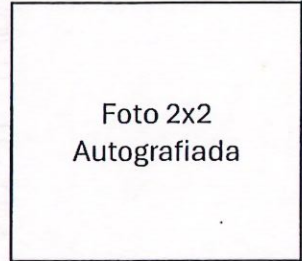
Por la presente solicito a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica se expida una licencia provisional para trabajar como médico:

Interno Residente Otro (especifique) _____

Nombre: _____

Para Trabajar en: _____

Comenzando en: _____ Terminando en: _____



Dirección: _____
Calle Número Urbanización

_____ Pueblo País Zip Code

Núm. Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Núm. Seguro Social: _____ Ciudadanía Estados Unidos: Sí _____ No _____

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

Institución de la cual 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 _____

¿Usted autoriza enviar una copia de la Licencia Provisional al Programa de Interno o Residencia al cual haya solicitado?

Sí No

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES CORRECTA Y QUE HE LEÍDO TODOS LOS REQUISITOS APLICABLES A MI SOLICITUD QUE SE ENCUENTRAN EN EL REGLAMENTO GENERAL DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO, 8861-2016.

Firma del Solicitante

Fecha





**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: _____

**CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL
PARA EJERCER LA PROFESIÓN 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 y 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 _____ del 20__ en _____ Puerto Rico,

Firma del médico licenciado

Advertencia: La Certificación debe estar cumplimentada en su totalidad





CERTIFICACIÓN DEL DECANO / REGISTRADOR

A LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA 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 matriculó 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 Ciencias 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 _____

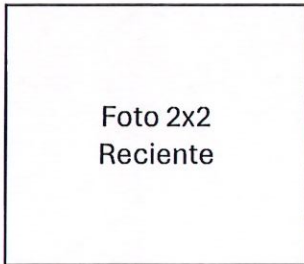


Foto 2x2
Reciente

Firma

**Nota: Esta certificación deberá ser enviada directamente por la Universidad a:
Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
PO Box 13969 San Juan, P.R. 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

