



**SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE
CIBERTERAPIA / TELESALUD**
(FAVOR DE CUMPLIMENTAR EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Licencia Profesional Núm.: _____ **Fecha de Expedición:** _____

Fecha de Vencimiento: _____ **Número de Registro:** _____

Junta Examinadora que lo regula: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfonos: Celular: _____ **Residencia:** _____

Oficina: _____ **Otros:** _____

FAVOR DE CONTESTAR:

- 1) Indique la Junta Examinadora que regula su profesión:

- 2) ¿Posee licencia para ejercer la profesión en otro(s) estado(s)?

_____ SÍ _____ NO

De contestar afirmativo, favor de indicar los Estados y/o lugares y el número de licencia. Provea un certificado de “Good Standing” emitido por cada estado en el que posee licencia para ejercer su profesión.

- 3) ¿Dónde ejercerá la Ciberterapia/Telesalud? Favor de proveer la siguiente información:

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: _____

- 4) ¿Desde su última recertificación, ha sido usted convicto de algún delito?
_____ SÍ _____ NO (Si contesta en la afirmativa, Indique la naturaleza, dónde ocurrió, fecha y status del caso) (Aneje pliego o documento aparte para información adicional de ser necesario)

- 5) ¿Desde su última recertificación, ha sido sancionado o disciplinado por alguna Junta Examinadora ya sea en Puerto Rico u otro Estado? _____ SÍ _____ NO (De contestar en la afirmativa, favor de explicar en una hoja aparte y/o proveer evidencia)
- 6) Provea una lista de 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, desde su última recertificación al profesional se le ha denegado licencia o autorización para practicar la medicina.
- 7) Provea una lista de todas las sanciones, sentencias, remedios, transacciones o convicciones en contra del profesional, en cualquier jurisdicción civil y/o militar de Estados Unidos de América o Extranjeras que hayan recaído en contra del profesional desde su última recertificación;
- 8) Para completar esta solicitud, realice el pago de los derechos correspondientes a la expedición de la Certificación por la cantidad de \$75 pagaderos en giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico o mediante tarjeta de crédito con el logo de Visa o MasterCard. **No se reembolsará cantidad alguna.**

CERTIFICO: Que toda la información aquí suministrada es fiel y correcta. He leído y entiendo la ley y reglamento referente a lo que es el uso de la Ciberterapia/Telesalud comprende. Entiendo que de no cumplir con lo dispuesto en el Ordenamiento Jurídico Aplicable, podré ser referido(a) a la Junta Examinadora correspondiente para el proceso disciplinario correspondiente.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE SOLICITUD

Este servicio tiene un costo de \$75.00 pagaderos con giro postal, ATH o tarjeta de crédito con el logo de Visa o MasterCard.

Para uso Oficial de la Agencia

TELESALUD

CIBERTERAPIA