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

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL
(exclusivo para rotación o extensión)

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) _____

Foto 2x2
Autografiada

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____

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.

REQUISITO: 1. Copia IMPRESA (fotocopia) de su licencia de conducir o pasaporte americano vigente.
2. Someter pago no reembolsable por la cantidad de VEINTICINCO ($25.00) DÓLARES, en ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal o Bancario a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA de Puerto Rico.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha