



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 PARA SOMETER CON LA SOLICITUD DE LICENCIA

PROVISIONAL

1. Pago no reembolsable a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA por la cantidad de doscientos cincuenta (\$250.00) dólares. Puede efectuarse en Giro Postal, Money Order, ATH, Visa o MasterCard.
2. Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico en original. (expedido menos de 30 días)
3. Una (1) foto 2x2 firmada. (Colocada en la solicitud de licencia provisional)
4. Un (1) sobre pre-dirigido (la dirección postal del solicitante debe ir en la parte central del sobre) tamaño carta con sello.
5. Formulario Médico.
6. Copia Licencia de Conducir o Pasaporte
7. Curso: CMCPR- Certificación de Muerte con Énfasis en Muertes Relacionadas a Desastres
 - a. Enlace: <https://academia.prsciencetrust.org/product/eng-phsu-certification-of-death-with-an-emphasis-on-disaster-related-deaths>

NOTAS:

Todo médico que solicite una licencia provisional por primera vez que no tenga expediente en la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica deberá informarlo para entregarle todos los requisitos por Ley para el trámite de la misma. Al solicitar licencia provisional deberá estar graduado y realizar el trámite correspondiente de la Universidad para que se reciban los documentos directamente a la Junta de Licenciamiento.

Las Instituciones están obligadas a enviar directamente a la Junta de Licenciamiento la carta de aceptación de todos los internos.

- Esta solicitud no constituye que su expediente esté completo para la aprobación de una licencia provisional.

(Si está solicitando una renovación de su licencia provisional, llenará solamente la solicitud y los requisitos señalados en la misma).

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 Rico
Departamento de Salud
Edificio GM Group, frente Antiguo La Electrónica
Calle Ponce de León #1590 (3er piso)





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

- Dirección postal

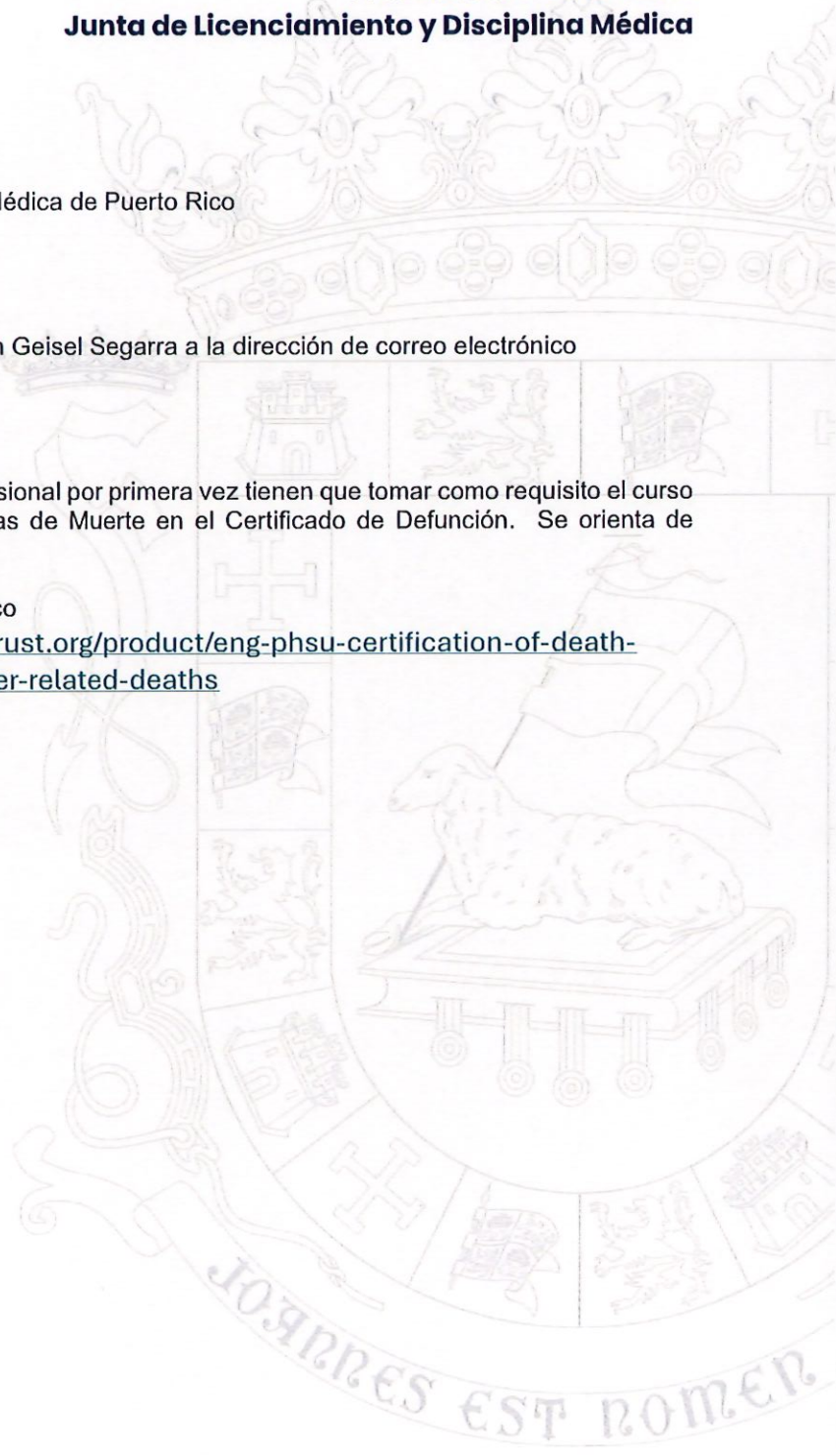
Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
Departamento de Salud
PO Box 13969
San Juan, PR 00908

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

La licencia será entregada solo al solicitante.

A todos los médicos que solicitan licencia provisional por primera vez tienen que tomar como requisito el curso de Certificación Documentación de las Causas de Muerte en el Certificado de Defunción. Se orienta de enlaces que ofrecen el curso:

- Colegio de Médicos de Puerto Rico
<https://academia.prsciencetrust.org/product/eng-phsu-certification-of-death-with-an-emphasis-on-disaster-related-deaths>
- Universidad San Juan Bautista





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: _____

Foto 2x2
Autografiada

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

