



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

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

DECLARACIÓN JURADA

Ley 14-2017 ☐

Ley 60-2019 ☐

Yo, _____, mayor de edad, casado (a) _____, soltero (a) _____ y vecino (a) de _____, Puerto Rico, bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y demás circunstancias personales son las antes descritas.
2. Que las (100) horas mensuales se pueden ofrecer en un hospital público o privado, en una agencia federal o estatal, en una oficina privada dedicada a ofrecer servicios médicos profesionales o en una escuela de medicina debidamente acreditada.
3. Que estoy admitido(a) a la práctica de la _____ desde el _____ (fecha admisión a la práctica).
4. Que practico mi profesión en la oficina propia.
5. Que la oficina está ubicada en: _____ (dirección física) en el Municipio de _____.
6. Que brindo servicios en mi oficina en los siguientes horarios: _____
7. Que en la oficina atiendo aproximadamente la cantidad de _____ pacientes.
8. Que brindo la cantidad de _____ horas en servicios médicos profesionales en la oficina ubicada en el inciso 5 de la declaración jurada.
9. Hago la presente declaración jurada para que el Departamento de Salud tome conocimiento de lo anteriormente declarado y para cualquier otro propósito legal pertinente.
10. Que lo anteriormente declarado es la verdad y nada más que la verdad y me consta de propio personal conocimiento.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de 20____.

Firma del Médico Cualificado

Afidávit Número _____

Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifico mediante

_____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de 20____.

NOTARIO PÚBLICO

