



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

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO UNIVERSAL DE LICENCIA (REGLAMENTO 9746)

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul solamente.)

Adhiera Fotografía
Reciente Autografiada
tamaño Pasaporte
aquí

☐ Español

☐ Inglés

SECCIÓN I: DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal Actual (Calle, Ciudad, Estado Código Postal): _____

Dirección Física en Puerto Rico (si aplica): _____

Teléfono de Contacto: _____ **Correo electrónico:** _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Ciudadanía / Estatus Migratorio: ☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente con visa de trabajo válida
Número. _____

Nota de confidencialidad: La información recopilada será utilizada exclusivamente para fines administrativos.

SECCIÓN II: CREDENCIALES PROFESIONALES Y JURISDICCIÓN DE ORIGEN

JURISDICCIÓN DE ORIGEN: (ESTADO O TERRITORIO EMISOR) _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD REGULADORA QUE EMITIÓ LA LICENCIA: _____

TIPO DE LICENCIA O CERTIFICACIÓN PROFESIONAL: _____



NÚMERO DE LICENCIA VIGENTE: _____ **FECHA DE EXPEDICIÓN:** _____

ESTATUS DE LA LICENCIA: (VIGENTE /GOOD STANDING) _____ **NPI**(Si Aplica) _____

DECLARACIÓN DE VERACIDAD: Declaro bajo juramento que la información suministrada es veraz.

CERTIFICACIÓN DE INEXISTENCIA DE SANCIONES LOCALES: Certifico ausencia de sanciones finales o suspensiones de mi licencia.

SECCIÓN III: HISTORIAL DISCIPLINARIO Y VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Historial en otras jurisdicciones (indique estado y número de licencia): _____

Certificación de Antecedentes: ¿Ha recibido alguna sanción disciplinaria? ☐ Sí ☐ No ***Adjunte documentos***

Autorización de Investigación: Autorizo a la Junta Local a Verificar toda la información provista.

Declaración sobre Reinstalación: Adjuntar copia certificada si aplica.

SECCIÓN IV: GARANTÍAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y SEGUROS (ARTÍCULO. 18)

Tipo de Cobertura: (Póliza de Responsabilidad Profesional/ Certificación Patronal) _____

Detalles de la Póliza: (Aseguradora, Número de Póliza, Límites) _____

Cláusulas Específicas: Si es claims-made, adjunte evidencia de retroactividad. _____

Compromiso de Cola (Tail Coverage) para licencias provisionales. _____

Documentación adjunta: Certificado de Seguro o Endoso. _____

**DECLARACIÓN JURADA (REGLAMENTO 9746)**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO.

MUNICIPIO DE _____ AFIDÁVIT NÚMERO: _____

Yo, _____, mayor de edad, _____ y vecino (a) de
Nombre del solicitante **Estado Civil** **Ocupación**_____, y _____, bajo el más solemne juramento comparezco y declaro lo siguiente:
Ciudad **Estado**

Que las circunstancias personales antes consignadas son verdaderas y que comparezco por derecho propio para solicitar el reconocimiento de mi licencia de _____ ante la Junta Local,
Nombre de la Profesión u Ocupación

_____, a la luz del Reglamento 9746.

Nombre de la Junta Examinadora que le aplica

Declaro que poseo una licencia vigente y en buen estado (Good Standing) emitida por la jurisdicción de _____, identificada con el número _____, y que no existe proceso administrativo o
Nombre del Estado **Número de Licencia**

judicial en curso que limite o invalide mi facultad para ejercer dicha profesión en la referida jurisdicción.

Certifico que no he sido objeto de sanciones finales y firmes que conlleven la inhabilitación, revocación, cancelación o suspensión indefinida de mi licencia en ninguna jurisdicción de los Estados Unidos.

Asimismo, afirmo que no he entregado voluntariamente ninguna licencia profesional en lugar de enfrentar un proceso sancionador por conducta ética o profesional.

Hago constar que toda la información y documentación sometida junto a mi solicitud es copia fiel y exacta de sus originales y que el expediente se encuentra completo conforme a los requisitos mínimos establecidos en el Artículo 11 del Reglamento 9746. Reconozco que cualquier falsedad u omisión sustancial en esta declaración o en los documentos anejos constituirá base suficiente para la denegatoria de mi solicitud o la revocación de cualquier licencia otorgada, sin perjuicio de las acciones penales o administrativas que correspondan.

Finalmente, autorizo expresamente a la Junta Local, _____, a corroborar los datos aquí vertidos
Junta Examinadora

ante cualquier organismo regulador o entidad de seguros, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

En _____, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de 20____.

Municipio**FIRMA DEL DECLARANTE**

Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias personales antes descritas
Nombre del Solicitante

y a quien doy fe de conocer personalmente o haber identificado mediante _____,
Documento de Identificación

en _____, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de 20____.

Municipio**NOTARIO PÚBLICO**

**SECCIÓN V: LISTA DE COTEJO DE REQUISITOS (AUTOEVALUACIÓN PRELIMINAR)**

- ☐ **GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del secretario de Hacienda O (ATH, VISA, MASTERCARD) Por la cantidad de \$100.00 dólares (NO REEMBOLSABLE)**
- ☐ **Copia de identificación con foto y evidencia de ciudadanía o Residencia permanente vigente.**
- ☐ **Copia de la Licencia permanente**
- ☐ **Certificación de Good Standing de la jurisdicción de procedencia.**
- ☐ **Documento adjunto declaración Jurada debidamente notariada.**
- ☐ **Certificación de historial disciplinario negativo (background check).
Deberá acceder al portal de salud o link (<https://www.salud.pr.gov/CMS/417>).
Para más información llamar a: (787) 765-2929 ext. 6816/ 9032**
- ☐ **Evidencia de cumplimiento con requisitos de seguros (Artículo 18).**

• **NO SE ACEPTA SOLICITUDES INCOMPLETAS.**

SECCIÓN VI: JURAMENTO Y FIRMA

Yo, el solicitante abajo firmante, certifico bajo pena de perjurio que he leído el Reglamento 9746 y que cumplo con todos los requisitos de ley para el reconocimiento de mi licencia en Puerto Rico. Cualquier omisión o falsa información resultará en la denegatoria inmediata de esta solicitud. Reconozco que la expedición de esta licencia esta sujeta y limitada a la vigencia de la licencia de la jurisdicción de origen.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA / OFICIAL EXAMINADOR:**SELLO DE RECAUDO:**

Fecha de Radicación completa: _____

Término de 30 días vence: _____

Estatus: ☐ **Aprobada** ☐ **Denegada**

☐ **Requerimiento de información Adicional:** _____