



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Departamento de Salud



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y
Acreditación de Facilidades de Salud
(SARAFS)



CERTIFICADOS DE SALUD

**División de Certificados de Salud
y Artistas Dermatógrafos**

PROPÓSITO

- ▶ En aras de proteger la salud, la seguridad y el bienestar público, dar a conocer las normas, legislación y reglamentación de aplicación general para la autorización y expedición de Certificados de Salud en Puerto Rico.
- ▶ Proveerle al médico o a la institución de salud que interesa ofrecer el servicio de expedir certificados de salud, una herramienta de fácil acceso para familiarizarse con la regulación vigente de forma que pueda cumplir cabalmente con las mismas.



DIVISIÓN DE CERTIFICADOS DE SALUD

- ▶ División adscrita a la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) responsable del licenciamiento de los médicos y facilidades de salud autorizadas a expedir certificados de salud.
- ▶ Personal
 - ▶ Sr. Christopher O. Mercado Barreto, MBA, HCM
Director Interino
 - ▶ Sra. Ramona Pagán Velázquez, BSN, RN
Inspectora de Instituciones de Salud
 - ▶ Lcda. Jacqueline Noesi Alba
Inspectora de Instituciones de Salud
 - ▶ Sra. Isis Ferrer, BSN, RN
Evaluadora de Facilidades de Salud
- ▶ Teléfono
 - ▶ (787) 765-2929 Ext. 4751 o 4759



PROCESO DE LICENCIAMIENTO

- ▶ Tomar el curso de Orden 201
- ▶ Radicación de solicitud
- ▶ Expedición de autorización
- ▶ Proceso de inspección
 - ▶ Informe de Deficiencias
 - ▶ Plan de Corrección



BASE LEGAL

- ▶ Ley Núm. 232 de 30 de agosto de 2000, mejor conocida como Ley de Certificación de Salud de Puerto Rico
- ▶ Reglamento del Secretario de Salud Núm. 138; Para la Expedición de Certificados de Salud en Puerto Rico
- ▶ Reglamento General de Salud Ambiental de 31 de enero de 2000
- ▶ Carta Circular 01-07-01
- ▶ Carta Circular 02-02-01
- ▶ Carta Circular 02-04-02



**LEY DE CERTIFICACIÓN DE SALUD DE
PUERTO RICO
Y REGLAMENTO DEL SECRETARIO
DE SALUD NUM. 138
PARA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS
DE SALUD**



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

- ▶ El interés del Departamento de Salud, es requerir un certificado de salud anual a los empleados de industrias que por la naturaleza de sus actividades y el servicio directo que rinden al público, deben garantizar que sus establecimientos estén libres de enfermedades contagiosas y/o epidemias.



DEFINICIONES

- ▶ Amenaza directa - Todo riesgo de daño sustancial a la salud del individuo o del público, que no puede ser eliminado o reducido.
- ▶ Certificado de Salud - Documento expedido por un médico autorizado, luego de haber realizado una evaluación médica al solicitante con las pruebas de diagnóstico clínico necesarias, para determinar si la persona padece alguna enfermedad contagiosa que le incapacite para desempeñar su trabajo o que represente un peligro para la salud.
- ▶ Cultivo de Garganta - Prueba donde se introduce un hisopo (swap) estéril en las paredes de la garganta, se transfiere a medios de cultivo (Blood Agar, Chocolate, Mac ConKey's) y se espera el crecimiento de organismos patógenos que producen infecciones.
- ▶ Cultivo de heces fecales - Se introduce un hisopo (swap) estéril en el ano y se transfiere a medios de cultivo (XLD Agar, PEA-Campy y Mac ConKey's) con el propósito de recuperar organismos patógenos que producen patógenos.
- ▶ Examen físico - Investigación y observación sistémica del paciente utilizando solo los sentidos o auxiliado por instrumentos, con el propósito de identificar signos físicos de enfermedad o anormalidad.



- ▶ Establecimiento público - Incluye cualquier establecimiento comercial o industrial que maneje o produzca alimentos y/o bebidas como restaurante, colmado, fonda, café, tienda de cualquier índole que maneje o produzca alimentos, puestos de alimentos, depósitos o centro de pasteurización de leche, vaquerías, mataderos, puesto ambulante de artículos alimenticios, panadería, repostería, dulcería, establecimiento de agua embotellada y/o de bebidas gaseosas y establecimientos e instituciones que provean servicios de salud directos como hospitales, dispensarios y cualquier otro establecimiento cuyos empleados provean servicios de salud directos al público y cualquier otro establecimiento análogo a los aquí incluidos en dichas industrias.
- ▶ Evaluación médica - Es el resultado de la evaluación del historial médico, el examen físico y las pruebas diagnósticas para establecer un diagnóstico y eventualmente el tratamiento.



- ▶ Fluorescence Treponem Antibody (FTA) - Prueba de absorción de anticuerpo. El *Treponema pallidum* es secado y puesto en una laminilla, se añade el suero y si hay luminiscencia es una prueba reactiva o positiva.
- ▶ Historial médico - Es la recopilación de información pertinente sobre la cual se determina un diagnóstico. Esta información, puede incluir datos demográficos del paciente, enfermedades pasadas, antecedentes familiares, antecedentes psicológicos, estado actual de salud y evaluación por sistema.
- ▶ Médico autorizado - Persona autorizada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina médica de P.R., a ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de P.R., que posea una autorización para expedir certificados de salud expedida por el Departamento de Salud.
- ▶ Permiso especial - Permiso adicional temporero, concedido a aquellos médicos autorizados a expedir certificados de salud que interesan realizar clínicas fuera del lugar autorizado.
- ▶ Práctica privada - Local o establecimiento privado en el que el médico evalúa a sus pacientes y expide certificados de salud.
- ▶ Prueba de Serología Sifilítica- Es la prueba que se utiliza para la detección de la sífilis, enfermedad sexualmente transmisible causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.



- ▶ Prueba de Tuberculina (intradermal) - es una prueba para determinar hipersensibilidad (DTH) al bacilo de *Mycobacterium tuberculosis* utilizando el Derivado Proteico Purificado (PPD) por el método Mantoux. La lectura debe ser hecha de 48 a 72 horas de haber sido administrada.
 - ▶ Prueba de Tuberculosis in Vitro - Cualquier sistema de prueba aprobada por la administración Federal de Alimentos y Drogas de (U.S. Food and Drug Administration) que se utiliza para la detección in Vitro de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.
 - ▶ Secretario - El secretario (a) del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
 - ▶ SARAFS- Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud.
 - ▶ Secretario(a) Auxiliar- Secretario (a) Auxiliar de SARAFS.
-



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



Nueva Creación / Oficina Privada

- ▶ Patente Municipal
- ▶ Licencia de Botiquín
- ▶ Licencia de Productos Biológicos
- ▶ Licencia (copia y original) para ejercer la medicina
- ▶ “Good Standing” de la Junta de Licenciamiento
- ▶ Identificación con foto
- ▶ Giro postal por la cantidad de \$200.00
- ▶ Copia de Registro Profesional



Nueva Creación / Institución hospitalaria o ambulatoria

- ▶ Carta de endoso del Director Médico de la Institución
- ▶ Licencia operacional (Ley 101)
- ▶ Licencia de Farmacia
- ▶ Licencia de Productos Biológicos
- ▶ Licencia (copia y original) para ejercer la medicina
- ▶ “Good Standing” de la Junta de Licenciamiento
- ▶ Identificación con foto
- ▶ Giro postal por la cantidad de \$200.00
- ▶ Copia de Registro Profesional



FORMULARIO DE SOLICITUD



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

FORMULARIO CS-N-001

INSTRUCCIONES

El formulario deberá ser cumplimentado en todos sus apartados en letra de molde o a maquina. Al momento de su radicación se acompañará con los documentos que se indican en esta solicitud.

SOLICITUD NUEVA CREACION

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

_____ PRACTICA PRIVADA – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS EN SU OFICINA PRIVADA

_____ INSTITUCION – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS DE SALUD EN UNA INSTITUCION DE SALUD.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: (_____) _____ Celular (_____) _____

Correo Electrónico: _____

2. SOLICITANTE PRACTICA PRIVADA:

Nombre del Médico: _____

Dirección física de la oficina: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono oficina: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Días y Horario de Oficina: _____

3. SOLICITANTE INSTITUCIONAL:

Nombre de la Institución en la que se expedirán los Certificados de Salud:

Dirección física de la institución: _____

Dirección Postal: _____

Nombre del Director Médico: _____

Teléfono Director Médico: _____



FORMULARIO DE SOLICITUD

4. JUSTIFICACION:

MENCIONE LAS RAZONES QUE LO MOTIVAN A RADICAR LA SOLICITUD PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD. EXPLIQUE.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

DE OTORGARLE LA AUTORIZACION PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD, EXPLIQUE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE IMPLANTARA SOBRE LA CUSTODIA DE LOS SELLOS, TARJETAS DE CERTIFICADOS DE SALUD Y EXPEDIENTES DE LOS PACIENTE.

CERTIFICACION:

Yo, _____ certifico, que la información escrita en esta solicitud es correcta. Me comprometo a notificar a la Secretaria Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos cualquier cambio y/o situaciones que afecte directamente o indirectamente el procedimiento en la expedición de certificados de salud en un periodo de quince (15) días, luego de transcurrir el mismo.

Firma del Solicitante

Fecha (Día, Mes y Año)

Al momento de entregar la solicitud asegúrese de que esté completa en todos sus apartados y de incluir los documentos descritos. Todos los documentos deberán ser entregados **en original para certificar las copias como copia fiel y exacta, entregar al momento de la orientación** en la siguiente dirección.

Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

S.A.R.A.F.S.

Oficina de Certificados de Salud

Antiguo Hospital Ruiz Soler

1090 Marginal Ruíz Soler

Bayamón, Puerto Rico 00961-7339

Teléfono (787) 765-2929 exts. 4751 o 4759

Revisado: sept-2014

PRUEBAS REQUERIDAS PARA CERTIFICADOS DE SALUD



- ▶ 1. Evaluación médica
 - ▶ Se hace en un formulario del Departamento de Salud.
 - ▶ 2. Prueba de Tuberculina
 - ▶ Prueba de tuberculina (debe haberse realizado dentro de un término no mayor de 3 meses anteriores a la fecha en que se expide el Certificado de Salud.)
 - ▶ El término para la prueba serológica sifilítica es de 6 meses anteriores a la fecha en que se expide el Certificado de Salud.
 - ▶ Si los resultados exceden en antigüedad, los términos de 3 o 6 meses no serán válidos.
 - ▶ Si la prueba de tuberculina o tuberculosis in Vitro fuere positiva, el médico ordenará una placa de pecho.
-



▶ 3. Prueba de Serológica Sifilítica

- ▶ Si fuera reactiva o débilmente reactiva, se realizará una prueba confirmatoria.
- El médico podrá exigir la repetición del examen físico y/o las pruebas de tuberculina, tuberculosis in Vitro y/o la prueba de serológica para sífilis cuando lo considere necesario.
- En casos de pacientes de alto riesgo puede requerir pruebas adicionales.

▶ 4. Prueba de cultivo de garganta y/o cultivo de heces fecales, según determinación del médico

- ▶ Para los solicitantes que se desempeñan en la producción, manejo y/o conservación de los alimentos.

▶ 5. Prueba de tuberculina intradermal

- ▶ Se realizará por el médico autorizado o el personal de enfermería profesional designado.



ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE LAS PRUEBAS

- ▶ 1. Prueba de tuberculosis in Vitro y Serológica para sífilis, serán procesadas en un laboratorio clínico autorizado por el Departamento de Salud.
- ▶ 2. Los resultados de las pruebas (tuberculina, tuberculosis in Vitro y Serología para sífilis) y sus respectivas pruebas confirmatorias, deben ser interpretadas por un médico autorizado a expedir Certificados de Salud.



RESULTADOS POSITIVOS DE PRUEBAS CONFIRMATORIAS

- ▶ 1. Serán evaluados por el médico.
- ▶ 2. Se documentará el formulario de evaluación médica para referirlo a tratamiento inicial y/o seguimiento del mismo.
- ▶ 3. El solicitante deberá presentar evidencia de haber sido evaluado y recibido tratamiento por el médico de la clínica de epidemiología.
- ▶ Las pruebas positivas de tuberculina y serológicas para sífilis deberán ser notificadas a la Oficina Regional de Epidemiología mas cercana, según la Orden 302 de la Secretaria de Salud del 3 de junio de 2013.



TÉRMINOS Y RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

- ▶ Vigencia de autorización-**2 años**.
- ▶ Solicitud de renovación debe estar acompañada de todos los documentos requeridos por el Reglamento 138.
- ▶ La renovación se gestionará con **60 días de anticipación a la fecha de vencimiento** de la autorización.



EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

- ▶ El médico expedirá el Certificado de Salud única y exclusivamente en el **lugar autorizado** por el Departamento de Salud.
 - ▶ Excepción: el médico que regularmente visita pacientes encamados
- ▶ La autorización debe estar expuesta en un **lugar visible**.



CERTIFICADO DE SALUD

▶ Fecha de expedición

- ▶ La fecha de la primera prueba realizada (tuberculina, tuberculosis in Vitro y Serología para sífilis).

▶ Vigencia

- ▶ 1 año.

▶ Cancelación

- ▶ Cuando la persona conoce que ha contraído una enfermedad contagiosa y no lo notifica al Departamento de Salud. Si es cancelado, no se tramitará una nueva solicitud nueva hasta que transcurran 6 meses de su solicitud.



EL CERTIFICADO DE SALUD

- El médico utilizará un formulario provisto por el Departamento de Salud.
- Las tarjetas en blanco no deben ser firmadas por el médico, previo a la expedición de los mismos.
- Se prohíbe la firma en sello de goma.
- El original se entrega al paciente.
- El médico mantendrá copia en el expediente de la evaluación médica y los resultados originales de las pruebas de (tuberculina, tuberculosis in Vitro y Serología para sífilis) y sus respectivas pruebas confirmatorias, por 2 años.

Contenido del Formulario

| |
|--|
| Número Control |
| Nombre con los dos apellidos |
| Edad |
| Sexo |
| Dirección residencial |
| Oficio |
| Lugar de Trabajo |
| Iniciales del Médico |
| Fecha |
| Nombre del Médico Autorizado |
| Firma original del Médico Autorizado |
| Número de Licencia del Médico Autorizado |
| Sello de SARAFS |



FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE SALUD

*NOMBRE
DIRECCION FISICA
TELEFONO*

CERTIFICADO DE SALUD

Núm.: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

RESIDENCIA: _____

OFICIO: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

CERTIFICO QUE HE EXAMINADO A LA PERSONA ARRIBA DESCRITA Y QUE SE ENCUENTRA LIBRE DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS, DE ACUERDO AL VDRL Y PRUEBA DE TUBERCULINA SUMINISTRADA QUE LE INCAPACITEN PARA DEDICARSE A SU OFICIO SIN PELIGRO PARA LA SALUD PUBLICA. ESTE CERTIFICADO SERA VALIDO POR UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION DEL MISMO Y PUEDE SER CANCELADO EN CUALQUIER MOMENTO POR EL SECRETARIO DE SALUD.

_____ de _____ de _____

SELLO

Firma Médico Autorizado
Lic. #



SUSPENSIÓN O REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

- ▶ Se transfieran los sellos oficiales del Departamento de Salud a otros médicos autorizados en una misma facilidad de salud u oficina médica, sin la notificación requerida y sin haber realizado los trámites correspondientes.
- ▶ Se delegue la entrega de los Certificados al personal que labora en laboratorios clínicos o a otro personal fuera del lugar autorizado por el Departamento de Salud.
- ▶ Se expira un Certificado de Salud luego de haber caducado la autorización por un término mayor de tres (3) meses.



- ▶ No se permita el acceso de un representante del Departamento de Salud para realizar la inspección.
- ▶ Se oculte información con el propósito de mantener la vigencia de su autorización.
- ▶ Se expida un Certificado de Salud con resultados de la lectura de placa de pecho y/o prueba FTA confirmatorias positivas, y no haya evidencia en el expediente de que el paciente fue referido para evaluación y tratamiento a la Clínica para Asuntos del Sida y de Enfermedades Transmisibles y/o el Programa para el Control de la Tuberculosis del Departamento de Salud.



- ▶ Se expida un Certificado de Salud sin la evaluación médica, los resultados de las pruebas de tuberculina o tuberculosis in vitro y prueba serológica para detectar sífilis con sus respectivas prueba confirmatorias, cuando apliquen y sin la evidencia de haber sido evaluados y recibido el tratamiento en las Clínicas Epidemiológicas correspondientes.
- ▶ Se incumpla con las disposiciones de este reglamento.



PENALIDADES

- ▶ Toda persona natural o jurídica que infrinja por primera vez las disposiciones de este reglamento, será responsable de una multa administrativa no mayor de cinco mil (\$5,000) dólares y/o la suspensión o revocación de la licencia o autorización concedida. En el caso de incurrir nuevamente en violación a este reglamento en un período de tiempo de un (1) año, la multa impuesta, podrá ser aumentada hasta un máximo de diez mil (\$10,000) dólares y/o suspensión o revocación de la licencia o autorización concedida.



EL PROCESO DE INSPECCIÓN

- ▶ Algunos de los aspectos que serán evaluados durante la inspección son:
 - Autorización visible al público
 - Patente Municipal
 - Licencia de Botiquín
 - Licencia de Productos Biológicos
 - Credenciales Médico autorizado
 - Credenciales RN
 - Tarjeta de Certificado de Salud en modelo provisto por el Departamento de Salud
 - Expediente clínico del paciente contiene: Copia del Certificado de Salud otorgado al paciente, Evaluación médica, Prueba de PPD y VDRL
-



EL PROCESO DE INSPECCIÓN

- Mantiene Sellos y Tarjetas en blanco guardadas en un lugar seguro bajo llave.
- Las Pruebas de Tuberculina son almacenadas en una nevera que dispone de termómetro.
- Se mantiene registro de temperatura de nevera diaria.
- Notificación de casos sospechosos o positivos.



FORMULARIO RENOVACIÓN



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

FORMULARIO CS-R-002

INSTRUCCIONES

El formulario deberá ser cumplimentado en todos sus apartados en letra de molde o a maquinilla. En el momento de su radicación se acompañará con los documentos que se indican en esta solicitud.

SOLICITUD RENOVACION DE AUTORIZACION

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

PRACTICA PRIVADA – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS EN SU OFICINA PRIVADA

INSTITUCION – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS DE SALUD EN UNA INSTITUCION DE SALUD.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: (_____) _____ Celular (_____) _____

Correo Electrónico: _____

2. SOLICITANTE PRACTICA PRIVADA:

Nombre del Médico: _____

Dirección física de la oficina: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono oficina: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Días y Horario de Oficina: _____

3. SOLICITANTE INSTITUCIONAL:

Nombre de la Institución en la que se expedirán los Certificados de Salud: _____

Dirección física de la institución: _____

Dirección Postal: _____

Nombre del Director Médico: _____

Teléfono Director Médico: _____



FORMULARIO RENOVACIÓN

4. JUSTIFICACION:

MENCIONE LAS RAZONES QUE LO MOTIVAN A RADICAR LA SOLICITUD PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD. EXPLIQUE.

5. MEDIDAS DE SEGURIDAD:

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y NORMAS SANITARIAS

Ver anejo I: Procedimiento para establecer las Guías necesarias para la Expedición de Certificados de Salud fuera de Oficinas Privadas y/o Instituciones.

6. CERTIFICACION:

Yo, _____ certifico, que la información escrita en esta solicitud es correcta. Me comprometo a notificar a la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos cualquier cambio y/o situaciones que afecte directamente o indirectamente el procedimiento en la expedición de certificados de salud en un periodo de quince (15) días, luego de transcurrir el mismo.

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| | |
| Firma del Solicitante | Fecha (Día, Mes y Año) |

Al momento de entregar la solicitud asegúrese de que esté completa en todos sus apartados y de incluir los documentos descritos. Todos los documentos deberán ser entregados **en original (para certificar las copias como copia fiel y exacta)** en la siguiente dirección.

Revisado: sept. 2014

EL SOLICITANTE PRESENTARA **ORIGINAL Y UNA COPIA** DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA CERTIFICACION DE LOS MISMOS POR UN REPRESENTANTE DE LA DIVISION DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATOGRAFOS.

AL RADICAR SU SOLICITUD, USTED PRESENTARA TODOS LOS REQUISITOS MENCIONADOS A CONTINUACION **NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS.**

| REQUISITOS SOLICITANTES PRACTICA PRIVADA | REQUISITOS SOLICITANTE INSTITUCIONAL |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Identificación con Foto• Registro de Profesionales expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.• "Good Standing" expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. (Solicitarlo para que llegue a S.A.R.A.F.S. El sobre pre-dirigido deberá incluir el nombre del médico solicitante y el pueblo).• Copia Licencias de Botiquín, Conservación y Registro de Productos Biológicos.• Original de la Patente Municipal y/o Carta de Exoneración. | <ul style="list-style-type: none">• Identificación con Foto.• Registro de Profesionales de la Salud expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.• "Good Standing" expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. (Solicitarlo para que llegue a S.A.R.A.F.S. El sobre pre-dirigido deberá incluir el nombre del médico solicitante y el pueblo).• Copia Licencias de Botiquín, Conservación y Registro de Productos Biológicos.• Copia Licencia Operacional.• Carta de Endoso del Director Médico o Presidente de la Junta.• Licencia Operacional |

RENOVACION DE AUTORIZACION - **\$200.00** ROLLO DE SELLOS (300)-**\$600.00**

TODO PAGO PARA LA RENOVACION DE LA AUTORIZACION SE HARA AL MOMENTO DE RADICAR LA SOLICITUD. SE ACEPTARAN PAGOS EN ATH, CHEQUE CERTIFICADOS Y GIROS POSTALES A NOMBRE DEL SECRETARO DE HACIENDA.

SOLICITUD PERMISO ESPECIAL



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

SOLICITUD DE PERMISO ESPECIAL PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD

FORMULARIO CS-PE-004

Nueva Creación: _____ Renovación: _____

Aprobado: _____ Denegado: _____ Razón: _____

PARA USO OFICIAL

Permiso Especial # _____

Vigencia: Desde _____ Hasta _____

Pueblo: _____

Fecha de Evaluación: _____

INFORMACION DEL MEDICO AUTORIZADO A EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD

Nombre del Médico: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: () _____ Celular: () _____

Correo Electrónico: _____

Autorización Núm.: _____ Fecha de Expiración: _____

JUSTIFICACION

Indique las razones que le motivan a radicar la Solicitud del Permiso Especial. _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y NORMAS SANITARIAS

Ver anejo I: Procedimiento para establecer las Guías necesarias para la Expedición de Certificados de Salud fuera de Oficinas Privadas y/o Instituciones.

CERTIFICACION

Yo, _____, mayor de edad, vecino de _____

_____, certifico que toda la información que antecede en esta solicitud es correcta.

FIRMA DEL MEDICO

FECHA (DIA, MES Y AÑO)

NOTA: Este permiso se otorgara por espacio de 1 año. El costo será de \$200.00 dólares.

S.A.R.A.F.S
DIVISION DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATOGRAFOS
1090 MARGINAL RUIZ SOLER
BAYAMON, PUERTO RICO 00961-7339
TELEFONO: (787) 765-2929 exts. 4751 - 4759

Revisado: sept. 2014

SOLICITUD CAMBIO DE DIRECCIÓN



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

FORMULARIO CS-CD-003

INSTRUCCIONES

El formulario deberá ser cumplimentado en todos sus apartados en letra de molde o a maquina. El momento de su radicación se acompañará con los documentos que se indican en esta solicitud.

SOLICITUD CAMBIO DIRECCION

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

PRACTICA PRIVADA – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS EN SU OFICINA PRIVADA

INSTITUCION – EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS DE SALUD EN UNA INSTITUCION DE SALUD.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: (_____) _____ Celular (_____) _____

SOLICITANTE PRACTICA PRIVADA:

Nombre del Médico: _____

Dirección física de la oficina: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono oficina: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Días y Horario de Oficina: _____

SOLICITANTE INSTITUCIONAL:

Nombre de la Institución en la que se expedirán los Certificados de Salud:

Dirección física de la institución: _____

Dirección Postal: _____

Nombre del Director Médico: _____

Teléfono Director Médico: _____

SOLICITUD CAMBIO DE DIRECCIÓN

JUSTIFICACION:

MENCIONE LAS RAZONES QUE LO MOTIVAN A RADICAR LA SOLICITUD PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD. EXPLIQUE.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

Ver anejo I: Procedimiento para establecer las Guías necesarias para la Expedición de Certificados de Salud fuera de Oficinas Privadas y/o Instituciones.

CERTIFICACION:

Yo, _____ certifico, que la información escrita en esta solicitud es correcta. Me comprometo a notificar a la Secretaria Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos cualquier cambio y/o situaciones que afecte directamente o indirectamente el procedimiento en la expedición de certificados de salud en un periodo de quince (15) días, luego de transcurrir el mismo.

Firma del Solicitante

Fecha (Día, Mes y Año)

Al momento de entregar la solicitud asegúrese de que esté completa en todos sus apartados y de incluir los documentos descritos. Todos los documentos deberán ser entregados **en original (para certificar las copias como copia fiel y exacta)** en la siguiente dirección.

Nota: Cambio de dirección no conlleva costo.

Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

S.A.R.A.F.S.
*Oficina de Certificados de Salud
Antiguo Hospital Ruíz Soler
1090 Marginal Ruíz Soler
Bayamón, Puerto Rico 00961-7339*

Teléfono (787) 765-2929 ext. 4751 – 4759

Revisada: 2014



INFORME TRIMESTRAL



Facilidad: _____

Pueblo: _____

Médico Autorizado: _____

Núm. de Autorización: _____

Trimestre: _____

Fecha: _____

INFORME TRIMESTRAL: CERTIFICADOS DE SALUD

| I. MES | CERTIFICADOS OTORGADOS | | CERTIFICADOS DUPLICADOS | | CERTIFICADOS ANULADOS | |
|-------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | Total | Núm. de sello De: - A - | Total | Núm. de sello | Total | Núm. de sello |
| Meses | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| II. Totales | | | | | | |

NOTA: EL INFORME TRIMESTRAL DEBERA ESTAR ACOMPAÑADO DE LAS HOJAS MENSUALES (MODELO CS-02).

Firma del MD: _____



INFORME MENSUAL



HOJA MENSUAL DE CERTIFICADOS DE SALUD (OTORGADOS, DUPLICADOS, ANULADOS)

| Nombre del Paciente | Fecha de expedición | Número de sello | Otorgado | Duplicado | Anulado |
|---------------------|---------------------|-----------------|----------|-----------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



CARTA CIRCULAR 01-07-01



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR PARA REGLAMENTACION
Y ACREDITACION DE FACILIDADES DE SALUD

CARTA CIRCULAR 01-07-01

30 de julio de 2001

A TODOS LOS MEDICOS E INSTITUCIONES
AUTORIZADAS A EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD

Por este medio deseamos informales que es de suma importancia notificar con anticipación cualquier cambio a efectuarse en el nombre y dirección de la facilidad de salud u oficina médica a la cual se le ha otorgado una autorización para expedir Certificados de Salud.

Las autorizaciones para expedir certificados son otorgados únicamente al médico e institución que ésta así lo indique. Dichas autorizaciones son intransferibles. De surgir cambios, es su responsabilidad notificarlos a la mayor brevedad posible a nuestras oficinas y así poder procesar una nueva autorización con la información correcta. Este trámite no conlleva costo alguno.

Para información ó dudas puede comunicarse a los siguientes números de teléfonos (787) 273-8486 ó (787) 273-8488.

Cordialmente,


Ricardo L. Torres Muñoz
Secretario Auxiliar

Cs/im

CARTA CIRCULAR 02-02-01

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y
Acreditación de Facilidades de Salud

CARTA CIRCULAR 02-02-01

22 de febrero de 2001

A TODOS LOS MEDICOS E INSTITUCIONES
AUTORIZADOS A EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD

Todo certificado de salud utilizando la tarjeta de Certificado de Salud autorizada por el Departamento de Salud para estos propósitos deberá tener adherido el Sello Oficial numerado del Departamento de Salud. Se deja sin efecto toda comunicación emitida con anterioridad a esta comunicación donde se autoriza temporalmente la emisión de certificados sin el correspondiente sello oficial.

De igual forma, se deja sin efecto toda comunicación expedida por el Departamento de Salud a cualquier médico y/o institución donde no se haya expresado la vigencia de la autorización para emitir certificados de salud permitidos por el Departamento de Salud.

Todo médico o institución sin la debida autorización del Departamento de Salud no podrá expedir los Certificados de Salud permitidos por la Ley número 232 de 30 de agosto de 2000, según enmendada. Los casos de aquellos médicos o instituciones que actúen en contravención de lo antes señalado, serán referidos a la Oficina de Asesores Legales del Departamento de Salud para la acción correspondiente.

Para información sobre solicitud para autorizar la emisión de certificados de salud, renovaciones o compra de sellos, favor de comunicarse a los teléfonos 273-8486 ó 273-8488.


Ricardo L. Torres Munoz
Secretario Auxiliar

Antiguo Hospital Ruiz Soler, Bayamón, Puerto Rico 00959

CARTA CIRCULAR 02-04-02

CARTA CIRCULAR 02-04-02



10 de abril de 2002

**A TODOS LOS MEDICOS E INSTITUCIONES AUTORIZADAS A
EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD**

Por este medio deseamos informarles que es de suma importancia que los médicos autorizados a expedir Certificados de Salud entreguen sus respectivos informes mensuales y trimestrales de forma individual.

Recientemente hemos recibido informes mensuales y trimestrales de instituciones resumidos en un (1) solo informe. Esto dificulta nuestra labor de intervenir los informes de forma responsable y señalar las deficiencias correspondientes al médico que las cometió en particular.

Para más información ó dudas puede comunicarse al teléfono (787) 782-0120 exts. 2210, 2266 y 2292.

Cordialmente,

Ricardo L. Torres Muñoz
Secretario Auxiliar

CS

FORMULARIO DE QUERELLAS



DIVISION DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATÓGRAFOS

FORMULARIO OFICIAL PARA RADICACION DE QUERELLAS

I. INFORMACION DEL QUERELLANTE:

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: (s) _____ Tel. Adicional: _____ Sexo: (F)(M) _____

Nombre de familiar cercano: _____ Teléfono: _____

Tipo de Querella:
 Oficina Médica Institución Tatuaje Perforador

II. Nombre del establecimiento: _____

a. Fecha de llegada: _____ Hora: _____

III. Dirección del establecimiento: _____

IV. Nombre del Artista Dermatógrafo: _____

V. Nombre del Médico: _____

VI. Detalles de la querella: _____

(Favor utilizar hoja en blanco si necesita más espacio para continuar con la información)

VII. Mencione las personas que presenciaron la situación

- a. _____
b. _____

Querella puede ser enviada a: Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar Para Reglamentación y
Acreditación de Facilidades de Salud
División de Instituciones de Salud
1090 Marginal Ruiz Soler
Bayamón Puerto Rico 00961-7329

Por Teléfono al: (787)782-0120; (787) 765-2929

USO OFICIAL

Recibida por: _____ Trámite a seguir: _____
Fecha: _____
Hora: _____



INFORME DE DEFICIENCIAS Y PLAN DE CORRECCIÓN



DIVISIÓN DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATÓGRAFOS INFORME DE DEFICIENCIAS Y PLAN DE CORRECCION

Fecha de Inspección: _____

Nombre del Médico: _____

Inspector: _____

Dirección: _____

Tipo de Inspección: ___ Inicial ___ Seguimiento

| DEFICIENCIAS | PLAN DE CORRECCION | FECHA DE CORRECCION |
|--------------|--------------------|---------------------|
| | | |



▶ **Dirección Postal:**

▶ SECRETARIA AUXILIAR PARA LA REGLAMENTACIÓN Y
ACREDITACIÓN DE FACILIDADES DE SALUD

▶ 1090 MARGINAL RUIZ SOLER

▶ BAYAMON, PUERTO RICO 00961-7329

▶ Teléfonos: (787) 765-2929 Ext. 4751 o 4759

