|  |
| --- |
|  **SOLICITUD** **DE** **RENOVACIÓN** **DE** **REGISTRO** **DE** **MÉDICOS** |
| i. Datos de Identificación |
|  |
| 1. Número de Seguro Social: * -
 | 2. Licencia de Médico | 3. Fecha de Nacimiento AAAA MM DD | 4. Género❑ Masculino❑ Femenino |
| 5. Número de Licencia de Narcóticos Federal | 6. Número de Licencia de Narcóticos Estatal | 7. Estado Civil |
| 8. Nombre de Nacimiento  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre  | Inicial |
|  |  |  |  |

 |
| 9. ¿Alguna vez ha cambiado su nombre por causa de matrimonio o caso legal? ❑ Sí ❑ No 10. Si la respuesta anterior fue sí, indique su nombre actual. |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre  | Inicial |
|  |  |  |  |

 |
| 11. Lugar de Nacimiento  |  | 12. ¿Es usted ciudadano Americano? ❑ Sí ❑ No |
|  | Ciudad o Pueblo |  | Estado o País |
| 13. Número de Visa o Certificación de Naturalización:  |
| 14. Dirección Física | 15. Dirección Postal |
|  |  |
| Barrio o Urbanización | Barrio o Urbanización |
|  |  |
| Calle y Número o Apartado | Calle y Número o Apartado |
|  |  |  |  |  |  |
| Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code | Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code |
| 16. Email | 17. Número de NPI |
|  |
| 18. Teléfono del Trabajo | 19. Teléfono Residencial | 20. Teléfono Celular |
| PP | PP | PP |
| 21. Tipo de licencia | 22. Fecha de expedición de su licencia |
| 23. Lugar donde ejerce su profesión: | Ciudad o Pueblo: | Estado o País:  |
| 24. Otro lugar donde ejerce su profesión: | Ciudad o Pueblo: | Estado o País:  |
| 25. Lugar de residencia: | Ciudad o Pueblo: | Estado o País:  |
| II. preparaciÓn AcadÉmica |
|  |
| 26. Año de graduación:  | 27. Grado más alto que posee: |
| 28. Institución donde se graduó de su profesión |  |  |
|  | Ciudad o Estado | Institución |
| 29. Indique la especialidad e institución en la que se graduó. |
|

|  |
| --- |
| A. Especialidad: |
|  Institución donde terminó especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |  |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |  |

 |

|  |
| --- |
| B. Especialidad: |
|  Institución donde terminó especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |  |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| C. Especialidad: |
|  Institución donde terminó especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |  |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |  |

 |
| 30. Indique la sub-especialidad e institución en la que se graduó.

|  |
| --- |
| A. Sub-especialidad: |
|  Institución donde terminó sub-especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |
| B. Sub-especialidad: |
|  Institución donde terminó sub-especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |
| C. Sub-especialidad: |
|  Institución donde terminó sub-especialidad: |
|  |  | Año que fue certificada por la JLDM |
| Ciudad o Pueblo | Estado o País | Horas de práctica dedicadas |

 |
| 31. Área Práctica: Certificación de Acupuntura ❑ Sí ❑ NoCertificacion de Telemedicina ❑ Sí ❑ No |
|   |
| III. Estado de Empleo en la profesiÓn |
|  |
| 32. ¿Está usted al presente trabajando **(Activo)** en su profesión o desempeñándose por una o más horas a la semana en actividades relacionadas (enseñanza, administración investigación, etc.)? (Marque con una X) |
| ❑ | 01. Sí, activo en la profesión en Puerto Rico. |
| ❑ | 02. Sí, activo en la profesión fuera de Puerto Rico. |
| ❑ | 03. No, inactivo al presente. |
| 33.Si al presente **no está trabajando en la profesión,** seleccione la alternativa que mejor describe su estado de empleo. |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ❑ | 01. trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión. | ❑ | 08. 08. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo completo.Indique: |
| ❑ | 02. trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión. | ❑ | 09. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo parcial.Indique: |
| ❑ | 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión. | ❑ | 10. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo completo.Indique: |
| ❑ | 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo. | ❑ | 11. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo parcial.Indique: |
| ❑ | 05. Desempleado, pero no buscando trabajo | ❑ | 12. Investigación. |
| ❑ | 06. Retirado o incapacitado | ❑ | 10. Otro  |
| ❑ | 07. Ama de casa. | si contesto alternativas 8, 9, 10 u 11, indique el año en que espera terminar.  |

 |
| III. Estado de Empleo en la profesiÓn (cont.) |
|  |
| 34. ¿Cuál fue el último año que trabajó en la profesión o en actividades relacionadas? **(No incluya años de residencia o internado.)** |
|  Año  | ❑ Nunca he trabajado en mi profesión (marque con x) |
| 35. Número de años que ha trabajado en su profesión. (No considere como año trabajando años con periodos de inactividad de más de 6 meses continuos) |
| Número de Años  | ❑ Nunca he trabajado en mi profesión. (Marque con X)**Nota:** **Si** **está** **inactivo** **en** **la** **profesión** **pase** **a** **la** **pregunta** **40** |
| 36. **Sector** **Principal** **de** **trabajo** al cual dedica la mayor parte del tiempo en la práctica de su profesión.**Nota:** Seleccione su sector principal de trabajo. Si trabaja o practica en más de un sector, escriba en el espacio provisto un 1 en el sector donde trabaja más tiempo y un 2 en el otro sector de trabajo. Si tiene dos trabajos en el mismo sector escriba un 1 y 2 en el mismo espacio. (No seleccione más de dos sectores y no marque con X)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ❑ | 1. Sector Público | ❑ | 4. Sector Privado (No incluye empleo propio. Se refiere a si está empleado por una institución u otro profesional.) |
| ❑ | 2. Práctica Privada Individual | ❑ | 5. Trabajo Voluntario |
| ❑ | 3. Práctica Privada Grupal o en Sociedad |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| 37**. Institución** **en** **la** **que** **trabaja** **la** **mayor** **parte** **del** **tiempo.****Nota:** Seleccione el sector de trabajo y bajo este busque el tipo de institución en la cual trabaja la mayor parte del tiempo. Escriba un 1 en el espacio correspondiente. Si usted trabaja en más de un tipo de institución, seleccione esta segunda institución y escriba un 2 en el espacio correspondiente. Si tiene dos trabajos en la misma institución escriba un 1 y 2 en el mismo espacio. (No seleccione más de dos instituciones. No marque con X) |
| **Institución Pública** | **Institución Privada** |
| ❑ | 02. Hospital Público (Incluye Corporación Pública y Centro de Salud) | ❑ | 42. Hospital Privado, Clínica de Hospitalización |
| ❑ | 04. Facilidades del Gobierno Federal | ❑ | 44. Oficina Privada |
| ❑ | 06. Unidad o Subunidad de Salud Pública | ❑ | 45. Laboratorio Privado |
| ❑ | 08. Centro de Salud Familiar, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (Dispensario) | ❑ | 46. Dispensario, Policlínica, Centro de Diagnóstico Privado |
| ❑ | 10. Casa de Salud | ❑ | 48. Servicio Privado de Cuidado de Salud en el Hogar |
| ❑ | 12. Centro de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Institución para Alcohólicos y Adictos a Drogas | ❑ | 50. Casa de Salud |
| ❑ | 14. Centro Geriátrico | ❑ | 52. Centro pediátrico de autismo |
| ❑ | 16. Centro pediátrico de autismo | ❑ | 54. Compañía de Seguros Médicos |
| ❑ | 18. Fuerzas armadas | ❑ | 56. Institución para Ancianos, Niños e Impedidos |
| ❑ | 20. Agencia del Gobierno Estatal o Municipal | ❑ | 58. Institución de Investigación Científica |
| ❑ | 24. Centro de Rehabilitación Vocacional | ❑ | 60. Comercio, Manufactura y/o Industria |
| ❑ | 26. Otra   Especifique el Nombre | ❑ | 62. Servicios de Salud en Instituciones Educativas Privadas |
|  |   | ❑ | 64. Asociación Profesional o Entidad sin fines de lucro |
|  |  | ❑ | 26. Otra   Especifique el Nombre |
| **Institución Académica** |
| ❑ | 72. Escuela o Colegio de Medicina u Odontología | ❑ | 90. Otras Escuelas o Colegios  |
|  |  |  |
| **III. Estado de Empleo en la profesión (cont.)** |
|  |
| 38. Institución en la que trabaja la mayor parte del tiempo. (Según la respuesta de la pregunta 37 entre las direcciones de los lugares de trabajo. |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección del lugar de **Trabajo Principal** | Dirección del lugar de **Trabajo Secundario** |
|  |
|  |  |
| Barrio o Urbanización | Barrio o Urbanización |
|  |  |
| Calle y Número o Apartado | Calle y Número o Apartado |
|  |  |  |  |  |  |
| Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code | Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code |

 |
|  |
| 39. ¿Cuántas **horas** **por** **semana** dedica a las siguientes actividades en la práctica de la profesión o en actividades relacionadas? Determine las actividades que le aplican de acuerdo al tipo de trabajo que realiza en la profesión. Escriba las horas en el espacio a la izquierda. |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Horas** | **Actividades** |
|  | 1. Prestando cuidado directo a pacientes.
 |
|  | b. Prestando orientación o servicios a pacientes y/o comunidad. |
|  | c. Asesoramiento a otros facultativos y/o agencias e instituciones. |
|  | d. Comercio, manufactura o industria. |
|  | e. Docencia o enseñanza (se refiere a que usted se desempeña como profesor en una institución educativa). |
|  | f. Adiestramiento (incluye tiempo dedicado como recurso de educación continua o adiestramiento en servicio). |
|  | g. Administración, Supervisión y/o Coordinación. |
|  | h. Investigación. |
|  | 1. Otras

 Especifique |
|  | **Total de Horas** |

 |
|  |
| **III. Información General** |
|  |
|

|  |
| --- |
| 40. a. ¿Ha practicado su profesión ilegalmente en Puerto Rico o en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No    País Ciudad41. ¿Ha sido acusado(a) o convicto(a) de algún crimen o delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No  País Ciudad |

|  |
| --- |
| 42. ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol en Puerto Rico o en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No    País Ciudad |

|  |
| --- |
| 43. ¿Ha sido acusado(a), convicto(a) o declarado culpable (alegación de culpabilidad) por ejercer ilegalmente su profesión o alguna especialidad o profesión no certificada por las Juntas, en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No   País Ciudad |

|  |
| --- |
| 44. ¿Desde su último registro de licencia, ha sido usted demandado(a) por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No    País Ciudad45. ¿Desde su último registro de licencia, ha recibido usted alguna sentencia o ha transado una reclamación por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No    País Ciudad |

|  |
| --- |
| 46. ¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No     País Ciudad47. ¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No   País Ciudad |

|  |
| --- |
| 48. ¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No     País Ciudad 49. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?  ❑ Sí ❑ No    |

|  |
| --- |
|  50. ¿Se ha anunciado o practicado como especialista o sub-especialista sin estar debidamente certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para así hacerlo? ❑ Sí ❑ No  51. ¿Cumplió usted con notificar a la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud y/o Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica todas las demandas, sentencias, transacciones o acciones presentadas en su contra relacionadas a impericia profesional? ❑ Sí ❑ No   |

|  |
| --- |
| 52. ¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No    País Ciudad1. ¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?

 ❑ Sí ❑ No    |

54.1. ¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública? ❑ Sí ❑ No

55. ¿Posee póliza de responsabilidad financiera de acuerdo a la sección 41.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957 según enmendada? ❑ Sí ❑ No  56. De no aplicar pregunta anterior indique si posee protección financiera mediante un fideicomiso. ❑ Sí ❑ No  57. **Si fue afirmativa la pregunta anterior, incluya copia simple de la escritura.** |
| **V. Educación Médica Continua**  |
|  |
| **La** **ley** **establece** **que** **el** **Médico-Cirujano** **se** **re-certificará** **cada** **tres** **años,** **siempre** **al** **vencimiento** **de** **su** **re certificación** **vigente,** **y** **a** **base** **de** **educación** **médica** **continua.** **Para** **la** **re certificación** **se** **requieren** **sesenta** **(60)** **horas** **de** **educación** **en** **un** **periodo** **de** **tres** **(3)** **años,** **de** **los** **cuales** **un** **mínimo** **de** **cuarenta** **(40)** **horas** **serán** **en** **Categoría** **1.** |
| **Favor brindar la información solicitada a continuación. (Deberá incluir los certificados originales y copias de los cursos de educación continua tomados).** |
|  |  |  |
| **VI. Certificación, Derecho de pago y Juramento Médico** |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Incluyo ❑ Giro | Fecha:   AAAA MM DD |  Número de recibo oficial |

 |  |
| Certifico y Juro que la información que precede en esta solicitud de registro es completa, verdadera y correcta. A su vez autorizo a la JLDM a requerir que me someta a cualquier estudio mental, físico o examen de dependencia química y relevo de toda objeción a la admisibilidad de los resultados en cualquier vista frente a la JLDM. |
|   AAAA MM DD  **FECHA** | Firma |
| **Para Uso Oficial (No escriba en este espacio)** |
|  |
| ¿Cumple con los requisitos? ❑ SI ❑ NO  |
|  | rAZóN: |  |

**(Rev. 03/09/2017-lra)**