



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICADivisión de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica

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? 10. Si la respuesta anterior fue sí, indique su nombre actual.			☐ Sí ☐ No
Apellido Paterno 	Apellido Materno 	Nombre 	Inicial
11. Lugar de Nacimiento Ciudad o Pueblo 	12. ¿Es usted ciudadano americano? ☐ Sí ☐ No Estado o País		
13. Número de Visa o Certificación de Naturalización: 			
14. Dirección Física Barrio o Urbanización Calle y Número o Apartado 		15. Dirección Postal Barrio o Urbanización Calle y Número o Apartado 	
Ciudad o Pueblo 	Estado País 	Zip Code 	Ciudad o Pueblo
16. Email 		17. Número de NPI 	
18. Teléfono del Trabajo 	19. Teléfono Residencial 	20. Teléfono Celular 	
21. Lugar donde ejerce su profesión:	Ciudad o Pueblo:	Estado o País:	
22. Otro lugar donde ejerce su profesión:	Ciudad o Pueblo:	Estado o País:	



II. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN

23. ¿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.

24. 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. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo completo.
Indique: <input type="text"/> |
| ☐ 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: <input type="text"/> |
| ☐ 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión. | ☐ 10. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo completo.
Indique: <input type="text"/> |
| ☐ 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo. | ☐ 11. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo parcial.
Indique: <input type="text"/> |
| ☐ 05. Desempleado, pero no buscando trabajo | ☐ 12. Investigación. <input type="text"/> |
| ☐ 06. Retirado o incapacitado | ☐ 13. Otro <input type="text"/> |
| ☐ 07. Ama de casa. | si contesto alternativas 8, 9, 10 u 11, indique el año en que espera terminar. <input type="text"/> |

25. ¿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)

26. 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 29.

27. 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 | |

28. 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	
☐	01. Hospital Público (Incluye Corporación Pública y Centro de Salud)	☐	01. Hospital Privado, Clínica de Hospitalización
☐	02. Facilidades del Gobierno Federal	☐	02. Oficina Privada
☐	03. Unidad o Subunidad de Salud Pública	☐	03. Laboratorio Privado
☐	04. Centro de Salud Familiar, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (Dispensario)	☐	04. Dispensario, Policlínica, Centro de Diagnóstico Privado
☐	5. Casa de Salud	☐	05. Servicio Privado de Cuidado de Salud en el Hogar
☐	6. Centro de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Institución para Alcohólicos y Adictos a Drogas	☐	06. Casa de Salud
☐	7. Centro Geriátrico	☐	07. Centro pediátrico de autismo
☐	8. Centro pediátrico de autismo	☐	08. Compañía de Seguros Médicos
☐	9. Fuerzas armadas	☐	09. Institución para Ancianos, Niños e Impedidos
☐	10. Agencia del Gobierno Estatal o Municipal	☐	10. Institución de Investigación Científica
☐	11. Centro de Rehabilitación Vocacional	☐	11. Comercio, Manufactura y/o Industria
☐	12. Otra	☐	12. Servicios de Salud en Instituciones Educativas Privadas
Especifique el Nombre			

		☐	13. Asociación Profesional o Entidad sin fines de lucro
		☐	14. Otra Especifique el Nombre

29. Institución en la que trabaja la mayor parte del tiempo. (Según la respuesta de la pregunta 26 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

30. ¿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
	a. 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.
	i. Otras
	Especifique
	Total de Horas

III. Información General

31. a. ¿Ha practicado su profesión ilegalmente en Puerto Rico o en algún otro estado o país? ☐ Sí ☐ No

País

Ciudad

32. ¿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

33. ¿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

34. ¿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

35. ¿Desde su último trienio de licencia, ha recibido usted alguna demanda, sentencia, o ha transado una reclamación por civil por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? ☐ Sí ☐ No

País

Ciudad

36. ¿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

Ciudad

37. ¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país? ☐ Sí ☐ No

País

Ciudad

38. ¿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

39. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?
☐ Sí ☐ No

40. ¿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

41. ¿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

Ciudad

42. ¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?
☐ Sí ☐ No

43. En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública? ☐ Sí ☐ No

44. ¿Posee póliza de responsabilidad financiera (impericia médica) 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

45. De no aplicar pregunta anterior indique si posee protección financiera mediante un fideicomiso.
☐ Sí ☐ No

46. Si fue afirmativa la pregunta anterior, incluya copia simple de la escritura.

IV. 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.

Favor brindar la información solicitada a continuación. (Deberá incluir los certificados originales e los cursos de educación continua tomados).

V. CERTIFICACIÓN Y JURAMENTO MÉDICO

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