



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

CERTIFICACIÓN

A LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO:

Yo, _____ en mi carácter de

_____ de la Escuela de Medicina _____ (Decano / Registrador) (Nombre de la escuela)

de la Universidad de _____ Nombre y dirección

CERTIFICO: Que _____ Nombre del estudiante

se matriculó como estudiante de la Escuela de Medicina el día _____ de _____ de _____ y Cursó todas las materias del currículo, pensum o plan de estudios de medicina (Ciencias Básicas y Ciencias Clínicas) aplicable y oficial.

Certifico además, que el estudiante antes mencionado se graduó de esta Escuela el día _____ de _____ de _____ Recibiendo el grado de _____

Certifico por último que la fotografía que aparece en esta certificación es del estudiante antes mencionado. Y para Que así conste, firmo y sello la presente en _____ a _____ de _____ de _____



_____ Firma

NOTA: Esta certificación deberá ser enviada directamente por la Universidad a: Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico PO Box 13969 San Juan, PR 00908

AFFIDAVIT

AFFIDAVIT Núm. _____

_____ vecino de _____ (Nombre del Funcionario)

Mayor de edad y a quien conozco personalmente, debidamente juramentado, jura ante mí que es el

_____ de _____ (Decano / Registrador) (Nombre de la Institución)

Y que la certificación que antecede es cierta a su mejor entender y creencia.

_____ Fecha

_____ Firma Notario

(Rev. 08/29/2017-ntd)





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

CERTIFICATION

TO THE MEDICAL LICENSURE AND DISCIPLINE BOARD OF PUERTO RICO:

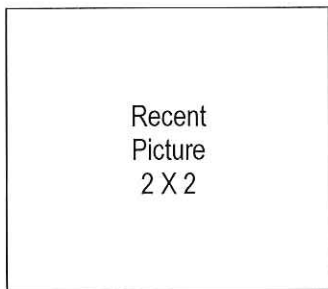
I, _____ as
(Dean / Registrar) of _____ (Institution's Name)
School of Medicine, located at _____ Address

CERTIFY: That _____ (Applicant's Name)

enrolled as a student at this School of Medicine on _____ day _____ of _____ and
completed the Medicine School curriculum (Basic and Clinical Sciences). In addition, I certify that the
applicant graduated from this School of Medicine on _____ day _____ of _____ granted
_____ degree.

Finally, I certify that the picture on this certification corresponds to the mentioned applicant.

And for the record, I sign and seal this certification in _____ on _____ day
_____ of _____.



Signature

NOTE: This certification must be sent directly from the Institution to:
Medical Licensure and Discipline Board of Puerto Rico
PO Box 13969
San Juan, PR 00908

AFFIDAVIT

AFFIDAVIT Number _____

Subscribed before me by _____ neighbor of _____
(Name of the Dean or Registrar)

adult and whom I give faith to know personally, sworn he / she is _____
(Dean / Registrar)

of _____ School of Medicine and hereby I certify that the
(Institution's Name)

above information is true to the best of his / her knowledge and belief.

Date

Notary

(Rev. 08/29/2017-ntd)

