SOLICITUD DE LICENCIA REGULAR

Por la presente solicito a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica se expida una licencia regular para el ejercicio de la medicina en Puerto Rico. Tengo a bien someter la siguiente información:

Apellidos y nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

_____

Dirección residencial: _____

_____

Teléfono celular: _____ Tel. trabajo: _____Otro: _____

Número seguro social: _____-____-_____ E-mail: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Escuela donde se graduó de médico: _____ Año: _____

Institución donde realizó internado: _____Fecha: _____

Está solicitando esta licencia a través de: ____ Reválida de Puerto Rico ____ Endoso

____ "Flex" ____ "National Board" ____ "USMLE"

¿Posee licencia de médico en los Estados Unidos? Sí ____ No ____ Indique lugar: _____

Propósito por el cual solicita licencia regular en Puerto Rico:

____ Trabajo: ____en Puerto Rico ____fuera de Puerto Rico ____ Otro

____ Hacer residencia: Lugar: _____ Especialidad: _____

Idioma en que desea la licencia (marcar uno solamente): _____Español _____Inglés

¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún otro estado o país?
Sí _____ No _____

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol?
Sí _____ No _____

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo?
Sí _____ No _____

¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, la acupuntura, alguna especialidad no certificada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica o cualquier otra profesión en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí _____ No _____

¿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 municipal? Sí _____ No _____

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES CORRECTA Y QUE HE LEÍDO TODOS LOS REQUISITOS QUE SE ENCUENTRAN AL DORSO DE ESTA SOLICITUD

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

Esta solicitud deberá acompañarse de los siguientes documentos:

1. Diploma del Internado (original y copia), o en su lugar carta de terminación de Internado, que especifique fecha de comienzo y de terminación, incluyendo mes, día y año de ambas y tiene que ser enviada directamente de la Institución a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, PO Box 13969, San Juan PR 00908.

2. Certificado de Buena Conducta de la Policía de Puerto Rico (con menos de un (1) año de expedido).

3. Someter pago no reembolsable por la cantidad de SETECIENTOS CINCUENTA ($750.00) DÓLARES, en ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal o Bancario pagadero a SECRETARIO DE HACIENDA.

4. Si está solicitando Licencia Regular por "USMLE" Step 3, "FLEX" o "NATIONAL BOARD", deberá solicitar una transcripción del resultado del examen, a través de su página (www.fsmb.org) dirigido al "BOARD AUTHORITY: PUERTO RICO".

5. Completar y firmar el Formulario de Solicitud de Registro de Médicos.

6. Proveer Certificación Negativa de ASUME, la cual debe solicitar al Departamento de la Familia con no más de 30 días de expedida.

7. Formulario de Certificación Médica completado y firmado por un médico autorizado a ejercer medicina en Puerto Rico mediante licencia regular.

8. Copia IMPRESA (fotocopia) de licencia de conducir o pasaporte vigente.

NOTA: *Para solicitar un duplicado de licencia regular, el solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cumplimentar la Solicitud de Licencia Regular.
2. Copia IMPRESA (fotocopia) de licencia de conducir o pasaporte vigente.
3. Acompañar declaración jurada ante Notario Público exponiendo lo sucedido.
4. Someter pago no reembolsable por la cantidad de SETENTA Y CINCO ($75.00) DÓLARES, en ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal o Bancario pagadero a SECRETARIO DE HACIENDA

En la nueva licencia se hará constar que es un duplicado.

PARA USO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA

FECHA DE LA RADICACIÓN: _____ RECIBIDO POR: _____

PAGO: _____ GIRO O RECIBO NÚM: _____