**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA**

**JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO**

Nombre del examinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar donde se realizó el examen médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y número de licencia del médico que realizó el examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞

**CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL
PARA EJERCER LA PROFESIÓN MÉDICA EN PUERTO RICO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Licencia número\_\_\_\_\_\_

la cual se encuentra vigente expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de

Puerto Rico para ejercer la medicina, acredito y certifico que, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha sido examinado por mi persona y

* Tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.
* No tiene la capacidad y competencia física y mental para ejercer la profesión médica en Puerto Rico.

Acreditado y certificado hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto Rico,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Firma del médico licenciado

∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞∞

Advertencia: La Certificación debe estar cumplimentada en su totalidad