



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

PARA USO EXCLUSIVO ÁREA DE RECAUDACIÓN

SOLICITUD DE EXAMEN DE REVÁLIDA DE MÉDICOS EN PUERTO RICO

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul o negra solamente)

Por la presente solicito ser admitido (a) a examen de reválida de médico cirujano que ofrece la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. Tengo a bien someter la siguiente información:

NOMBRE: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Si usted sometió una solicitud bajo otro nombre para cualquiera de los exámenes favor de indicar el nombre y copia del documento legal que certifica el cambio.

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN POSTAL:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS SEG SOC: TEL ALTERNO:

CELULAR: TRABAJO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: Día Mes Año (XXXX) Ciudad, Estado o País

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ECFMG: (Someter documento que certifica el número).

CONTESTE:

- 1) Examen que solicita: Ciencias Básicas Ciencias Clínicas
2) Idioma del examen que solicita: Español Inglés
3) Solicitud para Convocatoria a celebrarse el (los) día (s): de de

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA:

Nombre de la Institución Ciudad

Estado o País Promedio obtenido

ESCUELA DE MEDICINA DONDE SE GRADUÓ:

Nombre de la Institución Ciudad

Estado o País

(Rev. 08/13/2020-ntd)



**CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

- 1) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave en Puerto Rico o en algún estado o país?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
- 2) ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- 3) ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, alcoholismo durante los últimos ocho (8) años? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- 4) ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente cualquier profesión en Puerto Rico o en algún estado o país? SI \_\_\_ NO \_\_\_

**REQUISITOS:**

- \_\_\_ 1) Pago por la cantidad de **\$550.00** dólares por cada parte de examen escrito (**No reembolsables**) en **GIRO** Postal o Bancario a nombre del Secretario de Hacienda o puede efectuar pago mediante ATH, Visa o Mastercard. *(Mediante la Ley 139-2008 se crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico que a su vez deroga la Ley 22 de 22 de abril de 1931, según enmendada que creo el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico. Conforme al Art. 16 de la ley habilitadora, se firmó la Orden Administrativa Núm. 242 en la cual cambia el costo por concepto de solicitud de reválida).*
- \_\_\_ 2) **ORIGINAL** Certificación Negativa de Antecedentes Penales –No mayor de tres (3) meses.
- \_\_\_ 3) **DOS** (2) Sobres pre-dirigidos con sellos.
- \_\_\_ 4) **Identificación válida** con foto (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte).
- \_\_\_ 5) Manual de Aspirante revisado en agosto 2020 – costo \$15.00.

**CERTIFICACIÓN:**

**CERTIFICO** que he leído y completado toda la solicitud de reválida. Que estoy consciente y he sido orientado (a) de los requisitos para ser elegible para la PARTE I Y II de la reválida. Que la información provista es cierta y exacta. También he leído y me he familiarizado con la Ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008 (de interesar una copia de dicha ley deberá solicitarla al Departamento de Estado) que crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. Entiendo que se requiere verificar mi elegibilidad para este examen, y estoy de acuerdo en pagar cualquier costo a estos efectos. Además, he sido orientado (a) que **el pago por este concepto no será reembolsable de no cualificar para el mismo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

FECHA: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año (XXXX)

NOTA: Esta solicitud **NO PODRÁ** ser considerada, si no está completada en todos sus encasillados.

\_\_\_\_\_  
**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO  
(NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA)**

SOLICITUD RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Rev. 08/13/2020-ntd)

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO  
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969  
junta.medicos@salud.pr.gov (787)765-2929 ext. 6573/3467





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul o negra solamente)

PARTE SOLICITADA:  CIENCIAS BÁSICAS  CIENCIAS CLÍNICAS

FOTO 2 X 2
(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)
SELLO NOTARIAL
(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)

NOMBRE: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social XXX-XX- e identificado mediante Clase de Identificación Número

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año (XXXX) Sexo: Masculino Femenino

Número de teléfono: Celular:

CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN
(Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de Ciudad de
CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notariada ante mí por el (la) solicitante a los días del mes de de.

Firma del Solicitante
Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

AFIDAVIT NUM:

Firma del Notario

PARA USO OFICIAL

CIENCIAS BÁSICAS

CIENCIAS CLÍNICAS

Table with 4 columns: AM, PM, AM, PM for Basic and Clinical Sciences.

(Rev. 08/13/2020-ntd)

