



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Solicitud Certificación Médico Cualificado

FORMULARIO PARA:

- MÉDICOS, CIRUJANOS y MÉDICOS RESIDENTES
- DENTISTAS GENERALES O QUE PRACTIQUE ALGUNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGIA
- PODIATRAS

Solicitud Nueva

Extensión

Enmienda

MÉDICOS CUALIFICADOS RESIDENTES EN PUERTO RICO TENDRÁN HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019 PARA SOLICITAR UN DECRETO ANTE LA OFICINA DE EXENCIÓN CONTRIBUTIVA ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO. LOS MÉDICOS QUE NO SON RESIDENTES EN PUERTO RICO A LA FECHA DEL 1 DE JULIO DE 2019, TENDRÁN HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2020. LOS CIRUJANOS DENTISTAS QUE NO PRACTIQUEN ALGUNA ESPECIALIDAD TENDRÁN HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2020. LOS MÉDICOS QUE SE ENCUENTRA CURSANDO DE RESIDENCIA TENDRÁN HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019 PARA SOLICITAR.

De acuerdo a la Carta Circular del 19 de agosto de 2019, no se aceptarán solicitudes incompletas ni luego de las fechas antes dispuestas.

Parte I - Información General

Nombre del solicitante: _____ Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre		Fecha de nacimiento: _____ DÍA / MES / AÑO
Favor de marcar según corresponda: <input type="checkbox"/> Médico Especialista o Sub especialista: De contar con una o más especialidades favor de Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Médico Residente Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Dentista General o Especialista en Odontología Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Podiatra		Lugar de nacimiento: _____ Números de teléfonos: _____ Correo electrónico (E-mail): _____ Número de Seguro Social: (últimos 4 dígitos) XXX-XX-_____
Dirección postal	Dirección física	Fecha en que se certificó por la JLDM o por la Junta Examinadora: _____ / _____ / _____
Número de Licencia: _____	Licencia aplicable: _____	Fecha de vencimiento del Registro Profesional: _____
Dirección postal	Código postal	Fecha en que se certificó por la JLDM o por la Junta Examinadora: _____ / _____ / _____

Parte - II Información Laboral (REQ-14-Art.3(q))

Indique si tiene oficina propia: _____ SI _____ NO
 Indique si es empleado: _____ SI _____ NO
 Indique si es contratado: _____ SI _____ NO
 Indique si es asociado: _____ SI _____ NO

Oficina Propia

Si tiene oficina propia favor indicar: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: Es la misma Física

Código postal _____

Empleado

Si es empleado indique: _____

_____ Empleado del Gobierno de PR _____ Empleado del Gobierno Federal

_____ Empleado Corporación Pública

_____ Empleado Entidad Privada o Corporación Privada (Con o Sin fin de lucro)

Empleado

Nombre del Patrono : _____ Tel. ()-()-()-()-()

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel. ()-()-()-()-()

Dirección Física : _____ Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Contratista, Socio de Negocios:

Nombre de la Entidad Contratante: _____ Tel. ()-()-()-()-()

Nombre de la Corporación o Sociedad: _____ Tel. ()-()-()-()-()

Número de contrato: _____

Dirección Física : _____ Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Médico Residente:

Nombre de la entidad en la cual realiza la residencia : _____

Tel. (_____)-(_____)-(_____)

Nombre del Supervisor Inmediato: _____

Tel. (_____)-(_____)-(_____)

Dirección Física : _____

Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Parte - III VERIFICACIÓN DE LICENCIA (“GOODSTANDING”)

Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular del 19 de agosto de 2019, la Ley Núm.14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1ro de julio de 2019.

1) Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país.

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

2) Ha sido su licencia de médico suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

3) Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

4) Ha sido su licencia de narcóticos suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

5) Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDM o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país:

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

6) Es usted objeto de alguna acción administrativa en la División Legal de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o en algún estado de los Estados Unidos o algún otro país:

_____SI _____NO Indique Estado o País: _____

Parte – IV DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD

- 1) **Registración de licencia activa** expedida por la respectiva Junta Profesional adscrita a la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS) del Departamento de Salud;
- 2) **“Goodstanding”** expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS);
- 3) **Declaración Jurada 14-2019** en los casos de profesionales con oficina propia, profesionales asociados o miembros de corporación de servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales;

Nombre del Peticionario _____ Número de Seguro Social (4dígitos) _____

- 4) **Certificación Patronal** para acreditar los servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales en los casos de los médicos que son empleados;
- 5) **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
- 6) **Certificación de la Entidad** hospitalaria o de la entidad en la cual el médico residente se encuentra realizando la residencia acreditando las horas mensuales (mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales)
- 7) **Certificación de Privilegios** en la entidad de salud donde practica su profesión.

Parte – V CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____ y

_____ (profesión) y residente de _____, Puerto Rico certifico que he leído y llenado la solicitud con información verdadera, correcta y completa. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____

Parte – VI Autorización para Divulgar Información

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia profesional al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio de Puerto Rico y/o a la Oficina de Exención Contributiva Industrial para la tramitación de la exención contributiva de la Ley núm. 14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1 de julio de 2019.

Fecha: _____ Firma: _____

Parte- VII PAGO

La Solicitud de la Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00) dólares, la Renovación de Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00) dólares, la Enmienda a la Certificación de Médico Cualificado será de ciento cincuenta (\$150.00) dólares; en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda. **Esto incluye los costos de Registro de Licencia y Verificación de la Licencia o “Goodstanding”.**