



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

CERTIFICADO NÚM: _____

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE TELEMEDICINA

(FAVOR DE CUMPLIMENTAR EN LETRA DE MOLDE)

CERTIFICACIÓN: NUEVA RENOVACIÓN

(Ley Núm. 139-2008, según enmendada, Ley 168 de 1 de agosto de 2018 y Reglamento número 9107-2019 de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para regular el uso de la Telemedicina en Puerto Rico)

Por la presente solicito se me expida la certificación para ejercer la Telemedicina en Puerto Rico. Someto la siguiente declaración bajo juramento.

DECLARACIÓN JURADA



COMPARECE _____

Nombre completo del médico

Seguro Social XXX-XX _____ e identificado mediante----

_____, _____, mayor de edad, vecino(a) de
Clase de Identificación Número

estado civil, _____

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO expone que es la persona a quien se refiere en esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que conoce que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar la certificación después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a la **JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su certificación y para ampliar, aclarar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de 20 _____, en _____

AFIDAVID NÚM: _____

Firma del Notario

SELLO DEL
NOTARIO

(sept 2019NTD)





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

LICENCIA DE MÉDICO NÚM.: FECHA DE EXPEDICIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN POSTAL:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

TELÉFONOS: CELULAR: OFICINA:

RESIDENCIA: OTROS:

FAVOR DE CONTESTAR:

1) ¿Posee usted una especialidad y/o subespecialidad? Indicar cuales son

2) ¿Posee licencia para ejercer la medicina en otro(s) estado(s)? Sí No (De contestar afirmativo, favor de indicar los Estados y/o lugares y el número de licencia)

3) ¿Cuánto tiempo lleva practicando la telemedicina? Indicar

4) ¿Dónde ejercerá la Telemedicina? Favor de proveer la siguiente información:

Dirección Física

Dirección Postal

Teléfonos

5) ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí No Si su contestación es negativa, indique Si es usted: Naturalizado o Residente Número de Certificado Número de Tarjeta

6) ¿Ha sido usted convicto de algún delito? Sí No (Si contesta en la afirmativa, Indique la naturaleza, donde ocurrió, fecha y status del delito) (Utilice pliego o documento aparte para información adicional de ser necesario)

7) ¿Ha sido sancionado o disciplinado por alguna Junta Médica ya sea en Puerto Rico u otro Estado? Si No (De contestar de manera afirmativa, favor de explicar en una hoja aparte y/o proveer evidencia)





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

- 8) Provea una lista de todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero en las cuales al médico se le ha denegado licencia o autorización para practicar la medicina.
- 9) Provea una lista de todas las sanciones, sentencias, remedios, transacciones o convicciones en contra del médico, en cualquier jurisdicción civil y/o militar de Estados Unidos de América o Extranjeras;
- 10) ¿Ha padecido o padece usted de alguna enfermedad o condición contagiosa? Sí No
(Si su respuesta es afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las

CERTIFICO: Que toda la información aquí suministrada es fiel y correcta. Reconozco que fui orientado(a) referente a lo que el Uso de la Telemedicina comprende. Entiendo que de no cumplir con lo aquí dispuesto, podré ser referido(a) a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico mediante el procedimiento disciplinario correspondiente.

AUTORIZO por la presente, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6.4 del Reglamento General 8861 del 30 de noviembre de 2016, conocido como “Reglamento General de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico”, a la Junta o cualquier persona designada por ésta, que investigue y/o verifique cualquier información o documento provisto en esta o con esta solicitud. Entendiendo que todo documento y/o certificación provisto podrá ser cotejado mediante fuentes primarias de información, entiéndase el Federation of State Medical Boards – Board Action Data Bank and Credentials Verification Service (FSMB), National Practitioner Data Bank, US Department of Health and Human Services o cualesquiera otros servicios de información médica aprobados por la Junta.

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD

(sept 2019NTD)

