



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

## Solicitud Certificación Médico Cualificado FORMULARIO PARA PODIATRAS

Solicitud Nueva

Extensión

De acuerdo a la Carta Circular 01-2017(14) no se aceptaran solicitudes incompletas.

### Parte I - Información General

Nombre del solicitante: _____ <b>Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre</b>		Fecha de nacimiento: _____	
Favor de marcar según corresponda: _____ Podiatra _____ De contar con una o más especialidades favor de  Especificar: _____ _____ _____		Lugar de nacimiento: _____	
Dirección postal		Dirección física	
Código postal			
Número de Licencia: _____	Fecha en que se certificó por la JP: _____	Licencia provisional (si aplica): _____	Fecha de vencimiento del Registro Profesional: _____
Correo electrónico (E-mail): _____		Número de Seguro Social: (últimos 4 dígitos)  XXX-XX- _____	

### 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

Nombre del Peticionario \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (4dígitos) \_\_\_\_\_

**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. (    )-(    )-(    )

Nombre del Peticionario \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (4dígitos) \_\_\_\_\_

Dirección Física : \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Parte - III VERIFICACION DE LICENCIA (GOODSTANDING)**

**Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular 01-2017(14) y la Ley Núm.14 del 21 de febrero de 2017**

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 14-2017** 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;
- 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)

Nombre del Peticionario \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (4dígitos) \_\_\_\_\_

**Parte –V CERTIFICACION**

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.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Declarante

**Parte- VII PAGO**

La Solicitud de la Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00)dólares en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda. Esto incluye los costos de verificación de la licencia o Goodstanding. Este dinero no será reembolsable.