



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

**Solicitud Certificación Médico Cualificado
FORMULARIO PARA ODONTOLOGOS Y SUS ESPECIALIDADES**

Solicitud Nueva <input type="checkbox"/>		Extensión <input type="checkbox"/>	
De acuerdo a la Carta Circular 01-2017(14) no se aceptaran solicitudes incompletas.			
Parte I - Información General			
Nombre del solicitante: _____ Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre		Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____	
Favor de marcar según corresponda: _____ Dentista _____ De contar con una o más especialidades favor de Especificar: _____ _____ _____		Correo electrónico (E-mail): _____ Número de Seguro Social: (últimos 4 dígitos) XXX-XX- _____	
Dirección postal		Dirección física	
Código postal			
Número de Licencia: _____ Fecha en que se certificó por la JDE: _____	Licencia provisional (si aplica): _____	Fecha de vencimiento del Registro Profesional: _____	Núm. de Colegiación: _____ Fecha de vigencia: _____/_____/_____
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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Oficina Propia	
Si tiene oficina propia favor indicar:	
Dirección Física:	Dirección Postal: Es la misma Física <input type="checkbox"/>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
	Código postal
Empleado	
Si es empleado indique:	
<input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno de PR <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal	
<input type="checkbox"/> Empleado Corporación Pública	
<input type="checkbox"/> 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 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) **Evidencia de la colegiación activa** expedida por el Colegio de Médicos Cirujanos y/o Colegio de Cirujanos Dentistas;
- 6) **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
- 7) **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

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

mensuales)

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.