



SOLICITUD DE DUPLICADO DE REGISTRO

Favor Marcar con una (X) Duplicado Registro Médico Duplicado de Registro (PA)

NOMBRE: _____
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

NÚMERO DE LICENCIA: _____ NÚMERO DE REGISTRO: _____

RAZÓN PARA DUPLICADO: _____

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

FIRMA DEL TÉCNICO JLDM

Requisitos Para solicitar estos servicios

DEPARTAMENTO DE
SALUD



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud y Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico

.. Favor de acompañar esta solicitud con un pago por la cantidad de VEINTICINCO (\$25.00) dólares en un giro postal o bancario debidamente certificado por una institución bancaria a favor del "SECRETARIO DE HACIENDA". También podrá realizar su pago utilizando el sistema de ATH, Visa o Mastercard.

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969
(787)765-2929 Ext. 6592, 6604
junta.medicos@salud.pr.gov