



CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave en Puerto Rico o en algún estado o país?
SI _____ NO _____
- 2) ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol durante los últimos ocho (8) años?
3) SI _____ NO _____
- 4) ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas, alcoholismo durante los últimos ocho (8) años?
5) SI _____ NO _____
- ¿Ha Sido usted convicto por ejercer ilegalmente cualquier profesión en Puerto Rico o en algún estado o país?
SI _____ NO _____

REQUISITOS:

____1) Pago por la cantidad de **\$550.00** dólares **por cada parte** de examen escrito (No reembolsables) en Giro Postal o Bancario a nombre del Secretario de Hacienda o puede efectuar pago mediante

AT1-1, Visa O MasterCard, (Mediante la Ley 139-2008 se crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico que a su vez deroga la Ley 22 de 22 de abril de 1931, según enmendada que creo el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico. Conforme al Art. 16 de la ley habilitadora, se firmó la Orden Administrativa Núm. 242 en la cual cambia el costo por concepto de solicitud de reválida).

____2) ORIGINAL Certificación Negativa de Antecedentes Penales - No mayor de 30 días.

____3) DOS (2) Sobres pre-dirigidos con sellos.

____ 4) Identificación válida con foto (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte). ____5) Manual de Aspirante revisado en agosto 2020 — costo \$15.00. (si solicita por primera vez debe pagarlo)

CERTIFICACIÓN:

CERTIFICO que he leído y completado toda la solicitud de reválida. Que estoy consciente y he sido orientado (a) de los requisitos para ser elegible para la PARTE I Y II de la reválida, Que la información provista es cierta y exacta. También he leído y me he familiarizado con la Ley Núm. 139 de I de agosto de 2008 (de interesar una copia de dicha ley deberá solicitarla al Departamento de Estado) que crea la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. Entiendo que se requiere verificar mi elegibilidad para este examen, y estoy de acuerdo en pagar cualquier costo a estos efectos. Además, he sido orientado (a) que el pago por este concepto no será reembolsable de no cualificar para el mismo.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

NOTA: Esta solicitud **NO PODRÁ** ser considerada, si no está completada en todos sus encasillados,

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____ FECHA: _____





JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde, Utilizar tinta azul o negra solamente)

PARTE SOLICITADA: CIENCIAS BÁSICAS CIENCIAS CLÍNICAS

FOTO

(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)

SELLO NOTARIAL

(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social XXX-XX-_____ e identificado mediante _____
Clase de Identificación Número

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____
Día Mes Año cxxxx)

CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

(Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de _____ Ciudad de _____
CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notarizada ante mí por el (la) solicitante a los ____ del mes de _____ de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario

PARA USO OFICIAL

CIENCIAS BÁSICAS

CIENCIAS CLÍNICAS

AM	PM	AM	PM

