



SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO DE MÉDICOS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Número de Seguro Social: <input type="text"/>		2. Licencia de Médico <input type="text"/>		3. Fecha de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AAAA MM DD		4. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Número de Licencia de Narcóticos Federal <input type="text"/>			6. Número de Licencia de Narcóticos Estatal <input type="text"/>			7. Estado Civil <input type="text"/>	
8. Nombre de Nacimiento							
Apellido Paterno <input type="text"/>		Apellido Materno <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>		Inicial <input type="text"/>	
9. ¿Alguna vez ha cambiado su nombre por causa de matrimonio o caso legal?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Si la respuesta anterior fue sí, indique su nombre actual.							
Apellido Paterno <input type="text"/>		Apellido Materno <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>		Inicial <input type="text"/>	
11. Lugar de Nacimiento				12. ¿Es usted ciudadano Americano?			
Ciudad o Pueblo <input type="text"/>		Estado o País <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
13. Número de Visa o Certificación de Naturalización: <input type="text"/>							
14. Dirección Física				15. Dirección Postal			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Barrio o Urbanización <input type="text"/>				Barrio o Urbanización <input type="text"/>			
Calle y Número o Apartado <input type="text"/>				Calle y Número o Apartado <input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad o Pueblo		Estado País		Zip Code		Ciudad o Pueblo	
Estado País		Zip Code		Estado País		Zip Code	
16. Email <input type="text"/>				17. Número de NPI <input type="text"/>			
18. Teléfono del Trabajo <input type="text"/>		19. Teléfono Residencial <input type="text"/>		20. Teléfono Celular <input type="text"/>			
21. Tipo de licencia <input type="text"/>			22. Fecha de expedición de su licencia <input type="text"/>				
23. Lugar donde ejerce su profesión:		Ciudad o Pueblo:		Estado o País:		<input type="text"/>	
24. Otro lugar donde ejerce su profesión:		Ciudad o Pueblo:		Estado o País:		<input type="text"/>	
25. Lugar de residencia:		Ciudad o Pueblo:		Estado o País:		<input type="text"/>	

II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

26. Año de graduación: <input type="text"/>		27. Grado más alto que posee: <input type="text"/>	
--	--	---	--



28. Institución donde se graduó de su profesión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ciudad o Estado	Institución

29. Indique la especialidad e institución en la que se graduó.

A. Especialidad:
 Institución donde terminó especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

B. Especialidad:
 Institución donde terminó especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

C. Especialidad:
 Institución donde terminó especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

30. Indique la sub-especialidad e institución en la que se graduó.

A. Sub-especialidad:
 Institución donde terminó sub-especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

B. Sub-especialidad:
 Institución donde terminó sub-especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

C. Sub-especialidad:
 Institución donde terminó sub-especialidad:
 Año que fue certificada por la JLDM
 Ciudad o Pueblo Estado o País Horas de práctica dedicadas

31. Área Práctica:

Certificación de Acupuntura Sí No

Certificación de Telemedicina Sí No



III. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN

32. ¿Está usted al presente trabajando (**Activo**) en su profesión o desempeñándose por una o más horas a la semana en actividades relacionadas (enseñanza, administración investigación, etc.)? (Marque con una X)

01. Sí, activo en la profesión en Puerto Rico.
02. Sí, activo en la profesión fuera de Puerto Rico.
03. No, inactivo al presente.

33. Si al presente **no está trabajando en la profesión**, seleccione la alternativa que mejor describe su estado de empleo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01. trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión. | <input type="checkbox"/> 08. 08. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo completo.
Indique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 02. trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión. | <input type="checkbox"/> 09. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo parcial.
Indique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión. | <input type="checkbox"/> 10. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo completo.
Indique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo. | <input type="checkbox"/> 11. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo parcial.
Indique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 05. Desempleado, pero no buscando trabajo | <input type="checkbox"/> 12. Investigación. |
| <input type="checkbox"/> 06. Retirado o incapacitado | <input type="checkbox"/> 10. Otro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 07. Ama de casa. | si contesto alternativas 8, 9, 10 u 11, indique el año en que espera terminar. <input type="text"/> |

III. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN (CONT.)

34. ¿Cuál fue el último año que trabajó en la profesión o en actividades relacionadas? (**No incluya años de residencia o internado.**)

Año Nunca he trabajado en mi profesión (marque con x)

35. Número de años que ha trabajado en su profesión. (No considere como año trabajando años con periodos de inactividad de más de 6 meses continuos)

Número de Años Nunca he trabajado en mi profesión. (Marque con X)

Nota: Si está inactivo en la profesión pase a la pregunta 40

36. **Sector Principal de trabajo** al cual dedica la mayor parte del tiempo en la práctica de su profesión.

Nota: Seleccione su sector principal de trabajo. Si trabaja o practica en más de un sector, escriba en el espacio provisto un 1 en el sector donde trabaja más tiempo y un 2 en el otro sector de trabajo. Si tiene dos trabajos en el mismo sector escriba un 1 y 2 en el mismo espacio. (No seleccione más de dos sectores y no marque con X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sector Público | <input type="checkbox"/> 4. Sector Privado (No incluye empleo propio. Se refiere a si está empleado por una institución u otro profesional.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Práctica Privada Individual | <input type="checkbox"/> 5. Trabajo Voluntario |
| <input type="checkbox"/> 3. Práctica Privada Grupal o en Sociedad | |



37. Institución en la que trabaja la mayor parte del tiempo.

Nota: Seleccione el sector de trabajo y bajo este busque el tipo de institución en la cual trabaja la mayor parte del tiempo. Escriba un 1 en el espacio correspondiente. Si usted trabaja en más de un tipo de institución, seleccione esta segunda institución y escriba un 2 en el espacio correspondiente. Si tiene dos trabajos en la misma institución escriba un 1 y 2 en el mismo espacio. (No seleccione más de dos instituciones. No marque con X)

Institución Pública		Institución Privada	
<input type="checkbox"/> 02. Hospital Público (Incluye Corporación Pública y Centro de Salud)		<input type="checkbox"/> 42. Hospital Privado, Clínica de Hospitalización	
<input type="checkbox"/> 04. Facilidades del Gobierno Federal		<input type="checkbox"/> 44. Oficina Privada	
<input type="checkbox"/> 06. Unidad o Subunidad de Salud Pública		<input type="checkbox"/> 45. Laboratorio Privado	
<input type="checkbox"/> Centro de Salud Familiar, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (Dispensario)		<input type="checkbox"/> 46. Dispensario, Policlínica, Centro de Diagnóstico Privado	
<input type="checkbox"/> 10. Casa de Salud		<input type="checkbox"/> 48. Servicio Privado de Cuidado de Salud en el Hogar	
<input type="checkbox"/> 12. Centro de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Institución para Alcohólicos y Adictos a Drogas		<input type="checkbox"/> 50. Casa de Salud	
<input type="checkbox"/> 14. Centro Geriátrico		<input type="checkbox"/> 52. Centro pediátrico de autismo	
<input type="checkbox"/> 16. Centro pediátrico de autismo		<input type="checkbox"/> 54. Compañía de Seguros Médicos	
<input type="checkbox"/> 18. Fuerzas armadas		<input type="checkbox"/> 56. Institución para Ancianos, Niños e Impedidos	
<input type="checkbox"/> 20. Agencia del Gobierno Estatal o Municipal		<input type="checkbox"/> 58. Institución de Investigación Científica	
<input type="checkbox"/> 24. Centro de Rehabilitación Vocacional		<input type="checkbox"/> 60. Comercio, Manufactura y/o Industria	
<input type="checkbox"/> 26. Otra <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 62. Servicios de Salud en Instituciones Educativas Privadas	
	Especifique el Nombre		
		<input type="checkbox"/> 64. Asociación Profesional o Entidad sin fines de lucro	
		<input type="checkbox"/> 26. Otra <input type="text"/>	
			Especifique el Nombre
Institución Académica			
<input type="checkbox"/> 72. Escuela o Colegio de Medicina u Odontología		<input type="checkbox"/> 90. Otras Escuelas o Colegios <input type="text"/>	

III. Estado de Empleo en la profesión (cont.)

38. Institución en la que trabaja la mayor parte del tiempo. (Según la respuesta de la pregunta 37 entre las direcciones de los lugares de trabajo.)



Dirección del lugar de Trabajo Principal			Dirección del lugar de Trabajo Secundario		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Barrio o Urbanización			Barrio o Urbanización		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Calle y Número o Apartado			Calle y Número o Apartado		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad o Pueblo	Estado País	Zip Code	Ciudad o Pueblo	Estado País	Zip Code

39. ¿Cuántas **horas por semana** dedica a las siguientes actividades en la práctica de la profesión o en actividades relacionadas? Determine las actividades que le aplican de acuerdo al tipo de trabajo que realiza en la profesión. Escriba las horas en el espacio a la izquierda.

Horas	Actividades
<input type="text"/>	III. Prestando cuidado directo a pacientes.
<input type="text"/>	b. Prestando orientación o servicios a pacientes y/o comunidad.
<input type="text"/>	c. Asesoramiento a otros facultativos y/o agencias e instituciones.
<input type="text"/>	d. Comercio, manufactura o industria.
<input type="text"/>	e. Docencia o enseñanza (se refiere a que usted se desempeña como profesor en una institución educativa).
<input type="text"/>	f. Adiestramiento (incluye tiempo dedicado como recurso de educación continua o adiestramiento en servicio).
<input type="text"/>	g. Administración, Supervisión y/o Coordinación.
<input type="text"/>	h. Investigación.
<input type="text"/>	III. Otras <input type="text"/> Especifique
<input type="text"/>	Total de Horas

III. Información General

40. a. ¿Ha practicado su profesión ilegalmente en Puerto Rico o en algún otro estado o país? Sí No

País

Ciudad

41. ¿Ha sido acusado(a) o convicto(a) de algún crimen o delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad



42. ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol en Puerto Rico o en algún otro estado o país? Sí No

País

Ciudad

43. ¿Ha sido acusado(a), convicto(a) o declarado culpable (alegación de culpabilidad) por ejercer ilegalmente su profesión o alguna especialidad o profesión no certificada por las Juntas, en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

44. ¿Desde su último registro de licencia, ha sido usted demandado(a) por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

45. ¿Desde su último registro de licencia, ha recibido usted alguna sentencia o ha transado una reclamación por impericia profesional en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

46. ¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

47. ¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país? Sí No

País

Ciudad

48. ¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

49. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental? Sí No

50. ¿Se ha anunciado o practicado como especialista o sub-especialista sin estar debidamente certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para así hacerlo? Sí No

51. ¿Cumplió usted con notificar a la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud y/o Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica todas las demandas, sentencias, transacciones o acciones



presentadas en su contra relacionadas a impericia profesional? Sí No

52. ¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico o en algún estado o país? Sí No

País

Ciudad

53. ¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?
 Sí No

54. ¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública? Sí No

55. ¿Posee póliza de responsabilidad financiera de acuerdo a la sección 41.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957 según enmendada? Sí No

56. De no aplicar pregunta anterior indique si posee protección financiera mediante un fideicomiso.
 Sí No

57. Si fue afirmativa la pregunta anterior, incluya copia simple de la escritura.

V. Educación Médica Continua

La ley establece que el Médico-Cirujano se re-certificará cada tres años, siempre al vencimiento de su re certificación vigente, y a base de educación médica continua. Para la re certificación se requieren sesenta (60) horas de educación en un periodo de tres (3) años, de los cuales un mínimo de cuarenta (40) horas serán en Categoría 1.

Favor brindar la información solicitada a continuación. (Deberá incluir los certificados originales y copias de los cursos de educación continua tomados).

VI. Certificación, Derecho de pago y Juramento Médico

Incluyo Giro

Fecha:

AAAA

MM

DD

Número de recibo oficial

Certifico y Juro que la información que precede en esta solicitud de registro es completa, verdadera y correcta. A su vez autorizo a la JLDM a requerir que me someta a cualquier estudio mental, físico o examen de dependencia química y relevo de toda objeción a la admisibilidad de los resultados en cualquier vista frente a la JLDM.

AAAA

MM

DD

FECHA



Firma

Para Uso Oficial (No escriba en este espacio)

¿Cumple con los requisitos? SI NO



RAZÓN:

(Rev. 03/09/2017-Ira)

