



Departamento de Salud

**CAMBIO DE DIRECCIÓN**

---

<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
---------------	-------------------------	-------------------------

---

**NÚMERO DE LICENCIA DE MÉDICO**

---

**NÚMERO DE REGISTRO**

---

**DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL**

---

**DIRECCIÓN POSTAL ACTUAL**

---

**TELÉFONO TRABAJO**

---

**TELÉFONO RESIDENCIAL****CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA:**

---

**FIRMA**

---

**FECHA DE CAMBIO DE DIRECCIÓN**

Nota: No informar a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico por correo certificado, todo cambio de dirección residencial, profesional o postal, en o fuera del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, dentro de los cinco días siguientes a la fecha de tal cambio. No cumplir con este requisito podría resultar, entre otros, en una sanción administrativa y multa por la cantidad de SETENTA Y CINCO (\$75.00) dólares.

/mrs

Rev/2017

