



SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE LICENCIA

(License Verification Form or Good Standing)

LICENCIA PERMANENTE
(REGULAR LICENSE)

LICENCIA PROVISIONAL
(PROVISIONAL LICENSE)

LICENCIA MÉDICO ASISTENTE
(PHYSICIAN ASSISTANT)

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
(APPLICANT'S NAME) APELLIDOS (SURNAME) NOMBRE (FIRST NAME) INICIAL(MIDDLE INITIAL)

DIRECCIÓN POSTAL: _____
(MAILING ADDRESS) _____

TELÉFONOS (TELEPHONES): _____

NÚM. LICENCIA (LICENSE NUMBER): _____ SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) XXX-XX-_____

Si la licencia es provisional favor de escribir el número de Seguro Social completo: _____
(if the license is provisional, please write the full social security number)

EMAIL (CORREO ELECTRÓNICO): _____

FAVOR DE CONTESTAR/PLEASE ANSWER EACH OF THE FOLLOWING:

¿Posee una o más especialidades profesionales según reconocidas por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica? SI NO De contestar en afirmativo, indique cual (es) son:

(Do you have one or more medical specialties which are recognized by the Puerto Rico Medical Board?) YES NO If your answer is yes, please complete the required information as follows:

Especialidad/Sub-Especialidad
(Medical specialty, subspecialty or Fellowship)

Fecha en que se certificó por la JLDM
(Date of certificate issued by the PR Medical Board)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

1) Posterior a la fecha de su última solicitud de Verificación de Licencia, ¿Obtuvo usted alguna Especialidad o subespecialidad por la JLDM? SI NO Indique la misma y fecha de otorgación:

(After your most recent Goodstanding Certificate date, have you received a medical specialty, subspecialty or Fellowship certification by the Puerto Rico Medical Discipline and Licensure Board?) Yes No Identify specialty and mention the date conferred.)

2) ¿Es usted miembro del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico? SI NO
(Are you a member of the Puerto Rico College of Physicians and Surgeons?) Yes No

3) Esta (s) verificación (es) es para enviarse a: (This certificate of Goodstanding will be sent to:)

4) ¿Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?

____ SI ____ NO Indique país/Estado: _____

(Do you hold a true and valid medical license in any state of the United States or some other country? _____ Yes ____ No
If yes, please identify or name the country or state. _____.)

5) ¿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 país/ Estado: _____

(Please specify if your medical license has been suspended, canceled, revoked, garnered or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ____ Yes ____ No If yes, please indicate the country or state _____.)

6) ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____ SI ____ NO Indique país/estado: _____

(Have you ever been convicted of a felony or misdemeanor in Puerto Rico, the United States or any other country? ____ Yes ____ No Please identify the country or state.)

7) ¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada a o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país? ____ SI ____ NO Indique país/ Estado: _____

(Has your medical narcotic license has been denied, suspended, canceled, revoked, returned, or garnered by the granting agency, or placed on probation in Puerto Rico, the United States or some other country? ____ Yes ____ No Please identify the country or state: _____.)

8) ¿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 país/Estado: _____

(Are you subject to any and all administrative action within the Legal Division of the Puerto Rico Medical Discipline and Licensure Board or in any other state of the United States or a foreign country? ____ Yes ____ No Please identify country or state _____.)

REQUISITOS (REQUISITES):

1. PAGO: Giro Postal o Bancario pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico por la cantidad de \$25.00 dólares o con ATH, VISA o MASTERCARD
(Payment: USPS or Bank Money Order payable to the Secretary of the Treasury of Puerto Rico, in the amount of TWENTY-FIVE DOLLARS ONLY - \$25.00 dollars (USD) or via ATH, VISA, MASTERCARD).
2. Sobre pre-dirigido con sello, para asegurar envío correcto
(Please include a self-addressed stamped envelope to ensure correct mailing process).
3. ¿Cómo desea la Verificación de licencia? Please select in which language would you prefer receipt of your Goodstanding certification?

Ingles/English

Español/Spanish

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

(AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION)

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia Profesional a Patronos, Agencias, Instituciones educativas, Compañías de Seguros Médicos, Instituciones Profesionales y Juntas. (I hereby do authorize the Commonwealth of Puerto Rico - Department of Health, to offer without infringement all information as it pertains to my professional license status to any employment or government agencies, Medical Insurance Companies, Professional and Educational Institutions and corresponding Boards).

Fecha: _____
(Date)

Firma: _____
(Signature)

