

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

SOLICITUD DE CERTIFICACION O VERIFICACION DE LICENCIA

FECHA

NOMBRE:

DIRECCION POSTAL:

TELEFONO:

RESIDENCIA

TRABAJO

PROFESION:

LICENCIA NUM:

FECHA EXPEDICIÓN:

CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD, SI ALGUNA:

APROBADA POR LA JUNTA EXAMINADORA DE

EN

FECHA

PARA ENVIARSE A:

NOMBRE DE LA AGENCIA, BOARD U HOSPITAL

DIRECCION DE LA AGENCIA, BOARD U HOSPITAL

REQUISITOS PARA SOLICITAR CERTIFICACION O VERIFICACION DE LICENCIA  
PERMANENTE

GIRO POSTAL O BANCARIO O CHEQUE CERTIFICADO POR VEINTE (\$20.00)  
DÓLARES PAGADEROS AL SECRETARIO DE HACIENDA (POR CADA  
CERTIFICACION).

COPIA CERTIFICADA DE REGISTRO DE PROFESIONALES (ACTUALIZADA).

SOBRE PRE-DIRIGIDO CON SELLO.

CANTIDAD GIRO \$

NUM. GIRO

RECIBIDO POR:

FECHA:

P.O. Box 10200  
Santurce, Puerto Rico 00908-0200  
TELS.:(787) 725-8161, 725-7904, 725-7506 FAX: (787) 725-7903