



**SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE  
CIBERTERAPIA / TELESALUD**  
(FAVOR DE CUMPLIMENTAR EN LETRA DE MOLDE)

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

**Licencia Profesional Núm.:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Expedición:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Vencimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de Registro:** \_\_\_\_\_

**Junta Examinadora que lo regula:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos: Celular:** \_\_\_\_\_ **Residencia:** \_\_\_\_\_

**Oficina:** \_\_\_\_\_ **Otros:** \_\_\_\_\_

**FAVOR DE CONTESTAR:**

- 1) Indique la Junta Examinadora que regula su profesión:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2) ¿Posee licencia para ejercer la profesión en otro(s) estado(s)?

\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

De contestar afirmativo, favor de indicar los Estados y/o lugares y el número de licencia. Provea un certificado de “Good Standing” emitido por cada estado en el que posee licencia para ejercer su profesión.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 3) ¿Dónde ejercerá la Ciberterapia/Telesalud? Favor de proveer la siguiente información:

**Dirección Física:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

- 4) ¿Desde su última recertificación, ha sido usted convicto de algún delito?  
\_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO (Si contesta en la afirmativa, Indique la naturaleza, dónde ocurrió, fecha y status del caso) (Aneje pliego o documento aparte para información adicional de ser necesario)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 5) ¿Desde su última recertificación, ha sido sancionado o disciplinado por alguna Junta Examinadora ya sea en Puerto Rico u otro Estado? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO (De contestar en la afirmativa, favor de explicar en una hoja aparte y/o proveer evidencia)
- 6) Provea una lista de todas las jurisdicciones civiles y/o militares o de alguna agencia de salud pública de los Estados Unidos de América y/o del extranjero en las cuales, desde su última recertificación al profesional se le ha denegado licencia o autorización para practicar la medicina.
- 7) Provea una lista de todas las sanciones, sentencias, remedios, transacciones o convicciones en contra del profesional, en cualquier jurisdicción civil y/o militar de Estados Unidos de América o Extranjeras que hayan recaído en contra del profesional desde su última recertificación;
- 8) Para completar esta solicitud, realice el pago de los derechos correspondientes a la expedición de la Certificación por la cantidad de \$75 pagaderos en giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico o mediante tarjeta de crédito con el logo de Visa o MasterCard. **No se reembolsará cantidad alguna.**

**CERTIFICO:** Que toda la información aquí suministrada es fiel y correcta. He leído y entiendo la ley y reglamento referente a lo que es el uso de la Ciberterapia/Telesalud comprende. Entiendo que de no cumplir con lo dispuesto en el Ordenamiento Jurídico Aplicable, podré ser referido(a) a la Junta Examinadora correspondiente para el proceso disciplinario correspondiente.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PROFESIONAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE SOLICITUD**

**Este servicio tiene un costo de \$75.00 pagaderos con giro postal, ATH o tarjeta de crédito con el logo de Visa o MasterCard.**

\_\_\_\_\_  
Para uso Oficial de la Agencia

**TELESALUD**

**CIBERTERAPIA**