

# SOLICITUD DE VERIFICACION DE LICENCIA

(Goodstanding Application)



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
 Departamento de Salud  
 Oficina de Reglamentación y  
 Certificación de los Profesionales  
 de la Salud  
 Office of Regulations and  
 Certification of Health  
 Professionals

LICENCIA PERMANENTE  
 (Regular Licence)

LICENCIA PROVISIONAL  
 (Provisional License)

## I - DATOS PERSONALES - (Personal Information)

1. APELLIDOS (Last Name)		NOMBRE (Name)		INICIAL (Initial)		2. SEGURO SOCIAL (Social Security No.)	
3. DIRECCION POSTAL (Mailing Address)							
ESTADO / PAIS (State)						ZIP CODE	
4. TELEFONOS (Telephones)				5. Profesión (Profession)			
6. ¿Cómo desea la Verificación de licencia? (How do you prefer your Goodstanding?)				7. NUM.LICENCIA/License Number:			
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish							
8. PROPOSITO POR EL CUAL SOLICITA ESTA VERIFICACION: (For what purpose is this Goodstanding?)							

## II - LA VERIFICACION DE LICENCIA DEBE ENVIARSE A LA SIGUIENTE ENTIDAD: (NOMBRE Y DIRECCION POSTAL)(Escribir en letra de molde)/To be sent: (Mailing address):

**EXPEDIDO A:/ISSUED TO:**

---



---



---

## III - REQUISITOS/REQUISITES

1) **GIRO POSTAL o CHEQUE CERTIFICADO** por el banco por la cantidad de **\$25.00** (VEINTICINCO DOLARES) a favor del Secretario de Hacienda. (Esto es por cada Verificación solicitada). Postal or Bank Money Order or Certified Check for the amount of **\$25.00** (TWENTY FIVE DOLLARS) payable to the Secretary of Treasury of Puerto Rico. (Send one Money Order for each professional to be certified).  
 😊NOTA: Ahora contamos con Sistema de ATH (Now ATM services)

### LICENCIA PERMANENTE/ FOR REGULAR LICENSE:

\*\*\***COPIA** del Certificado o Tarjeta de Registro/Copy of the last License Registry and Continuing Education Certificate issued by our Office to the professional.

### LICENCIA PROVISIONAL/ FOR PROVISIONAL LICENSE:

\*\*\***COPIA** de la última Licencia Provisional/Copy of the last Provisional License.

2) **UN SOBRE** pre-dirigido con Sello, para asegurar envío correcto. /A stamped and self-addressed envelope for returning the requested certification, to insure correct mailing.

Firma del Solicitante / Signature

Fecha / Date

# AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

(AUTORIZATION FOR RELEASE OF 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 authorize the Department of Health to offer information about my professional license status to job or government agencies, Medical Insurance Companies, Professional and Educational Institutions and Boards).

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Date)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Signature)

---

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**  
(NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO)

**COTEJADO EN LA DIVISION DE REGISTRO**

a) TRIENIO: \_\_\_\_\_

b) FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

c) COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL (DE LA) TECNICO (A) QUE CERTIFICA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**COTEJADO EN LA DIVISION DE ASESORES LEGALES**

\*¿PRESENTA CASO EN ASESORES LEGALES?    \_\_\_ NO    \_\_\_ SI

(Si contestó afirmativamente, por favor explique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE LA BUSQUEDA

\_\_\_\_\_  
FECHA

---

*División de Juntas Examinadoras / Board Examiners Division*

P.O. Box 10200 Santurce, PR 00908-0200 . Tel. (787) 725-7904 ó 725-8135 . Fax (787) 724-2971 ó 725-7903  
mbouet@salud.gov.pr