



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE SERVICIO COMUNITARIO LEY 14-2017

(FAVOR MARCAR SEGÚN SU ESPECIALIDAD)

MEDICO _____

MEDICO RESIDENTE _____

CIRUJANO _____

PODIATRA _____

FELLOWSHIP _____

ODONTOLOGIA ESPECIALIDAD _____

Parte I - INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre

Decreto Número: _____

Licencia Número: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal

Dirección física

Código postal

Parte - II Servicios Médicos Comunitarios

A. HOSPITALES DE ENSEÑANZA Y ESCUELAS DE MEDICINA *	Horas
___ Antilles College of Health	
___ EDIC College	
___ Escuela de Enfermería Práctica del Hospital Ryder Memorial, Inc.	
___ Escuela de Enfermeros Anestesiistas de Puerto Rico	
___ Escuela de Enfermería y Ciencias de la Salud- Universidad Interamericana	
___ Escuela de Ciencias de la Salud UMET	
___ Escuela de Ciencias de la Salud- Universidad del Turabo	
___ Escuela de Farmacia – Recinto de Ciencias Médicas	
___ Escuela de Medicina de Ponce	
___ Escuela de Medicina San Juan Bautista	
___ Escuela de Profesionales de la Salud – Recinto Ciencias Médicas	
___ Escuela de Salud- Mech Tech College	
___ Instituto de Banca y Comercio	
___ Ponce Paramedical College, Inc.	
___ Recinto de Ciencias Médicas	
___ Universidad Central del Caribe	
___ Otro: _____	
Sub total de horas	

* Asiste en hospitales de enseñanza y en escuelas de medicina en la educación de estudiantes de medicina, médicos residentes y otros profesionales de la salud.

B. BRINDAR SERVICIOS MÉDICOS*:

REGIONES	Horas
___ San Juan: Municipio de San Juan	
___ Región Noreste: Municipio de Loíza, Municipio de Carolina, Municipio de Trujillo Alto, Municipio de Canóvanas, Municipio de Río Grande, Municipio de Luquillo, Municipio de Fajardo, Municipio de Culebra, Municipio de Vieques y Municipio de Ceiba	
___ Región Metro Norte: Municipio Bayamón, Municipio de Comerío, Municipio de Corozal, Municipio de Cataño, Municipio de Dorado, Municipio de Guaynabo, Municipio de Toa Alta, Municipio de Toa Baja, Municipio Vega Alta	
___ Región Norte: Municipio de Barceloneta, Municipio de Camuy, Municipio de Ciales, Municipio de Florida, Municipio de Hatillo, Municipio de Lares, Municipio de Manatí, Municipio de Quebradillas, Municipio de Utuado, Municipio de Vega Baja, Municipio de Arecibo	
___ Región Oeste: Municipio Aguada, Municipio de Aguadilla, Municipio de Añasco, Municipio de Mayagüez, Municipio de Hormigueros, Municipio de Rincón, Municipio de Cabo Rojo, Municipio de Lajas, Municipio de San Germán, Municipio de Sabana Grande, Municipio de Maricao, Municipio de Las Marías, Municipio de San Sebastián, Municipio de Isabela, Municipio de Moca	
___ Región Suroeste: Municipio de Guánica, Municipio de Yauco, Municipio de Guayanilla, Municipio de Adjuntas, Municipio de Peñuelas, Municipio de Ponce y Municipio de Jayuya	
___ Región Sureste: Municipio de Juana Díaz, Municipio de Villalba, Municipio de Orocovis, Municipio de Barranquitas, Municipio de Coamo, Municipio de Santa Isabel, Municipio de Salinas, Municipio de Aibonito, Municipio de Guayama, Municipio de Arroyo, Municipio de Patillas y Municipio de Maunabo	
___ Región Este: Municipio de Aguas Buenas, Municipio de Cidra, Municipio de Caguas, Municipio de Cayey, Municipio de Gurabo, Municipio de Juncos, Municipio de Las Piedras, Municipio de Naguabo, Municipio de Humacao, Guayama, Municipio de Yabucoa y Municipio de San Lorenzo	
Sub total de horas	

(Favor marcar la región o regiones de certificación de médico cualificado)

C. SERVICIOS DE GUARDIAS EN HOSPITALES:

Hospitales	Horas
___ Ashford Presbyterian Community Hospital	
___ Hospital Auxilio Mutuo	
___ Hospital del Maestro, Inc.	
___ Sistema San Juan Capestrano	
___ Administración de Servicios Médicos (ASEM)	
___ Hospital Doctors Center, San Juan	
___ Hospital Industrial (CFSE)	
___ Hospital Metropolitano de San Juan	
___ Hospital Municipal de San Juan, Dr. Rafael López Nussa	
___ Hospital Oncológico, Dr. Isaac González Martínez	
___ Hospital Pavía de Hato Rey	
___ Hospital Pavía de Santurce	
___ Hospital Pediátrico Universitario, Dr. Antonio Ortíz	
___ Hospital Psiquiátrico Correccional	
___ Hospital de Psiquiatría, Ramón Hernández Marina	
___ Hospital San Francisco	
___ HIMA San Pablo, Cupey (Hospital San Gerardo)	
___ Hospital Universitario de Adultos	
___ Hospital San Jorge de Niños, San Juan	
___ Hospital de Veterano, San Juan	
___ Hospital Doctor's Center, San Fernando de la Carolina	
___ Centro Cardiovascular de P.R. y del Caribe, Dr. Ramón M. Suárez Calderón	

<input type="checkbox"/> Hospital U.P.R., Federico Trilla, Carolina	
<input type="checkbox"/> Professional Hospital, Guaynabo	
<input type="checkbox"/> Hospital Cayetano Coll y Toste, Arecibo	
<input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano. Dr. Susoni, Arecibo	
<input type="checkbox"/> Hospital General Castañer de Lares	
<input type="checkbox"/> Hospital Doctor's Center de Manatí	
<input type="checkbox"/> Hospital Manatí Medical Center, Dr. Otero López	
<input type="checkbox"/> Hospital Health South Rehabilitation de Manatí	
<input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano de la Montaña, Utuado	
<input type="checkbox"/> Centro Médico Wilma N. Vázquez, Vega Baja	
<input type="checkbox"/> Hospital Doctors Center, Matilde Brenes, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Hospital HIMA San Pablo, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Hospital Hermanos Meléndez, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Hospital Regional Ramón Ruiz Arnau, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Children Hospital, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Centro Médico Correccional, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Centro Médico Correccional, Bayamón	
<input type="checkbox"/> Hospital General Menonita, Aibonito	
<input type="checkbox"/> Hospital General Menonita, Cayey	
<input type="checkbox"/> Hospital General Menonita, Caguas	
<input type="checkbox"/> Hospital HIMA San Pablo, Caguas	
<input type="checkbox"/> First Hospital Panamericano, Cidra	
<input type="checkbox"/> Hospital Oriente Inc., Dr. Dominguez, Humacao	

<input type="checkbox"/> Hospital Ryder Memorial Inc., Humacao	
<input type="checkbox"/> Hospital HIMA, Humacao	
<input type="checkbox"/> Hospital HIMA, San Pablo, Fajardo	
<input type="checkbox"/> Hospital Buen Samaritano, Aguadilla	
<input type="checkbox"/> Hospital San Carlos Borromeo, Moca	
<input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano Psiquiátrico, Cabo Rojo	
<input type="checkbox"/> Hospital Mayagüez Medical Center, Mayagüez	
<input type="checkbox"/> Hospital Bella Vista, Mayagüez	
<input type="checkbox"/> Hospital Metro Pavía (Perea), Mayagüez	
<input type="checkbox"/> Hospital San Antonio, Mayagüez	
<input type="checkbox"/> Hospital de la Concepción, San Germán	
<input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano, San Germán	
<input type="checkbox"/> Hospital Lafayette, Arroyo	
<input type="checkbox"/> Hospital San Lucas (Cristo Redentor), Guayama	
<input type="checkbox"/> Hospital Santa Rosa, Guayama	
<input type="checkbox"/> Hospital Episcopal San Lucas, Guayama	
<input type="checkbox"/> Hospital Episcopal San Lucas, Ponce	
<input type="checkbox"/> Hospital Menonita CIMA. Guayama	
<input type="checkbox"/> Hospital Damas, Ponce	
<input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano, Dr. Manuel de la Pila Iglesias, Ponce	
<input type="checkbox"/> Hospital Andrés Grillasca, Inc.	
<input type="checkbox"/> Hospital Episcopal, San Lucas I, Ponce	
<input type="checkbox"/> Hospital Episcopal, San Lucas II, Ponce	

___ Hospital Psiquiatría Forense, Ponce	
___ Hospital San Cristóbal, Ponce	
___ Hospital Metropolitano. Dr. Tito Mattei, Yauco	
___ Otro: _____	
Sub total de Horas	

D. BRINDAR SEMINARIOS SOBRE PREVENCIÓN Y OTROS TEMAS DE SALUD A LA COMUNIDAD O PARA EL ADIESTRAMIENTO O EDUCACIÓN CONTINUA DE LOS ESTUDIANTES Y PROFESIONALES MÉDICOS DE PUERTO RICO

1. Es recurso de **seminarios** sobre prevención y otros temas de salud en la comunidad.
 Sí ___ No ___

De contestar en la afirmativa, provea la siguiente información:

Nombre del Curso	Nombre de Entidad	Horas

2. Es recurso de **adiestramiento** sobre prevención u otros temas de salud para estudiantes y profesionales médicos de Puerto Rico.
 Sí ___ No ___

De contestar en la afirmativa, provea la siguiente información:

Nombre del Curso	Nombre de Entidad	Horas

3. Es recurso de **educación continua** sobre prevención u otros temas de salud para estudiantes y profesionales médicos de Puerto Rico.
 Sí ___ No ___

De contestar en la afirmativa, provea la siguiente información:

Nombre del Curso	Nombre de Entidad	Horas

Sub total de horas

E. BRINDAR SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES A POBLACIONES DESVENTAJADAS

Entidad sin fines de lucro descrita en la Carta Circular y Comunidades Especiales	Horas
___ Otro: _____	
Sub total de horas	

* Brinda servicios médicos profesionales a poblaciones desventajadas a través de entidades sin fines de lucro.

F. Brindar Servicios Médicos como parte de un contrato de servicios con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Empleado: _____ Contratista Independiente: _____

Nombre del Patrono o Entidad Contratante	Número de Contrato	Horas
Sub total de horas		

* El total de horas anuales que debe cumplir el medico cualificado por servicios comunitario es de ciento ochenta (180).

G. Brindar Servicios Médicos Voluntarios como consecuencia de emergencia de salud u otra emergencia declarada por el Gobernador de Puerto Rico

Lugar donde se prestaron los servicios	Fecha y Número de Orden Ejecutiva	Horas
Sub total de horas		

H. Brindar Servicios Médicos Voluntarios como consecuencia de alguna situación que afecta la salud pública así declarada por el Secretario de Salud

Lugar donde se prestaron los servicios	Fecha y Número de Orden Administrativa	Horas
Sub total de horas		

Parte – III DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD, SEGÚN APLIQUE

- 1) **Certificación del Hospital de Enseñanza debidamente juramentada** que acredite las horas anuales en la educación de estudiantes de medicina, médicos residentes y otros profesionales de la salud.
- 2) **Certificación de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)** que acredite las horas de servicios médicos ofrecidos a pacientes beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.
- 3) **Certificación de la Entidad debidamente juramentada** que acredite las horas de servicios médicos especializados en una de las regiones descritas y establecidas.
- 4) **Certificación de la Institución Hospitalaria debidamente juramentada** que acredite las horas de guardia y **documento de “Good Standing” de la Institución emitido por SARAFS.**
- 5) **Copia del Contrato o Acuerdo de la Institución Hospitalaria** que establece y/o acredite las horas de guardia.
- 6) **Certificación de la Institución o Entidad debidamente juramentada** que acredite las horas anuales de seminarios sobre prevención y otros temas de salud a la comunidad.
- 7) **Certificación de la Institución o Entidad debidamente juramentada** que acredite las horas anuales de adiestramiento sobre prevención y otros temas de salud para los estudiantes y profesionales médicos.
- 8) **Certificación de la Institución o Entidad sin fines de lucro debidamente juramentada** que acredite las horas de servicio médicos a la población desventajada.
- 9) **Certificación del Grupo Voluntario debidamente juramentada** que acredite las horas de servicios médicos brindados como consecuencia de una emergencia de salud declarada por el Gobernador o Secretario de Salud.
- 10) **Certificación del Sistema de Salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico debidamente juramentada** que acredite las horas de servicios médicos, según Ley Núm. 109 de 1 de agosto de 2019.
- 11) **Certificación de privilegios médicos otorgados por la Institución de servicios de salud.**

El Departamento de Salud se reserva la prerrogativa de solicitar cualquier otro documento complementario para que se acredite el cumplimiento con la Ley.

Parte –V CERTIFICACION

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____ y _____ (profesión) y residente de _____, Puerto Rico certifico que he leído y llenado la solicitud con información verdadera, correcta y completa. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no acreditar las horas para cumplir con el certificado de servicios comunitarios.

Fecha: _____ Firma: _____

Declarante

Parte –VI AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio de Puerto Rico y/o a la Oficina de Exención Contributiva Industrial para la tramitación del Certificado de Servicios Comunitarios de la Ley Núm. 14 de 21 de febrero de 2017, según enmendada.

Fecha: _____ Firma: _____

Declarante

Parte –VII PAGO

La solicitud del Certificado de Servicios Comunitarios será de trescientos (\$300.00) dólares en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda.

De acuerdo a la Carta Circular no se aceptarán solicitudes incompletas. Toda solicitud deberá ser sometida a la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud y Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico antes del 15 de febrero de cada año. Del 15 de febrero recaer en día no laborable, el término para presentar la Solicitud de Certificado de Servicio Comunitario se extenderá hasta el próximo día laborable.