

DOCUMENTACION QUE DEBE ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE PRIVILEGIOS
(Estos documentos deben estar vigentes y serán sometidos en un periodo de 30 días a partir de la entrega y firma de su solicitud)

Nombre del Solicitante: _____

Fecha: _____

	Solicitud de Privilegios (Completada en todos los incisos)
	Información Demográfica
	Delineación de Privilegios Específicos según Especialidad
	Privileges Certification (firmada por el solicitante)
	Una (1) foto 2 x 2
	Diploma de Escuela de Medicina
	Diploma de Internado
	Diploma de Residencia
	Récord de procedimientos en Residencia (si aplica)
	Evidencia de Educaciones Continuas
	Diploma de Fellowship (sub-especialidad)
	Licencia de PR de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de PR
	Certificación de Especialidad de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica
	Certificación de Sub-Especialidad de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica
	Certificados de Boards (si aplica)
	"Good Standing" – Verificación de Licencia www.orcps.salud.pr.gov (Original, endosado a <i>Mayagüez Medical Center</i>)
	Póliza de Impericia Médica (Endoso a nombre de <i>Mayagüez Medical Center</i>)
	Licencia de Narcóticos Federal (DEA)
	Licencia de Narcóticos Estatal (ASSMCA)
	Certificación de Registro de Profesionales
	Certificación del Colegio de Médicos Cirujano
	Dos (2) cartas de recomendación:
	(1) Médico de su misma especialidad
	(1) Médico que lo recomiende
	Certificación del <i>National Provider Identification</i> (NPI)

	Curriculum Vitae
	Certificado de Salud
	Certificado de Antecedentes Penales - original
	Evaluación Médica
	Evaluación de Salud Mental
	Prueba de Dopaje
	CPR, ACLS, PALS, ATLS, NALS, NRP
	Identificación con foto (Licencia de Conducir o Pasaporte)
	*Evidencia de Vacunación:
	Influenza
	Hepatitis B
	Varicela
	*se adjunta hoja de relevo; en caso de no poder vacunarse por razones médicas, deberá traer una certificación.
	Applicant's Acknowledgment
	Acknowledgment Medicare & Champus (“Notice to Physicians”)
	Physician Attestation
	Compromiso Para Evitar Abuso y Fraude
	Compromiso Notificación Riesgo Médico-Legal
	Declaración de Confidencialidad de Información Institucional
	Norma Tratamiento Médico-Familiar
	Cuota de Facultad Médica \$100.00 (cheque, efectivo o <i>money order</i> a nombre de: Facultad Médica MMC)
	Otros:

Firma auditor: _____