

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO**

REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NÚM. 138

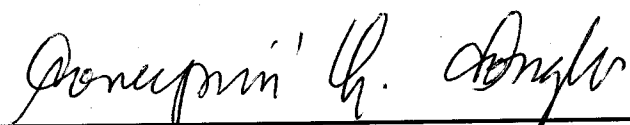
DEPARTAMENTO DE ESTADO

Número: 7784
Fecha: 9 de diciembre de 2009
Aprobado: Hon. Kenneth D. McClintock
Secretario de Estado



Por: Eduardo Arosemena Muñoz
Secretario Auxiliar de Servicios

**REGLAMENTO PARA LA EXPEDICIÓN DE
CERTIFICADOS DE SALUD EN PUERTO RICO**


**LORENZO GONZÁLEZ FELICIANO, MD.
SECRETARIO**

24 de noviembre de 2009

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO**

REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NÚM. 138

REGLAMENTO PARA LA EXPEDICIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE SALUD EN PUERTO RICO

ARTÍCULO I. DENOMINACIÓN

Este Reglamento se conocerá como Reglamento para la Expedición de Certificados de Salud en Puerto Rico.

ARTÍCULO II. BASE LEGAL

Se adopta este Reglamento conforme a las facultades que le son reconocidas al Secretario de Salud en la Ley Orgánica del Departamento de Salud, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada y la Ley de Certificación de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 232 del 30 de agosto de 2000.

ARTÍCULO III. PROPÓSITO

Por medio de este Reglamento el Departamento de Salud establece requisitos uniformes para la expedición de certificados de salud en Puerto Rico. Este Reglamento será aplicable a todos los médicos autorizados por el Departamento de Salud para expedir certificados de salud en Puerto Rico.

ARTÍCULO IV. DEFINICIONES

Para propósito de este Reglamento, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

- a. Certificado de Salud:** Documento expedido por un médico autorizado luego de haber realizado una evaluación médica al solicitante con las pruebas de diagnóstico clínico necesarias para determinar si la persona padece alguna enfermedad contagiosa que le incapacite para desempeñar su trabajo o que represente un peligro para la salud.
- b. Cultivo de garganta:** Prueba donde se introduce un hisopo (swab) estéril en las paredes de la garganta, se transfiere a medios de cultivo (Blood Agar, Chocolate, Mac ConKey's) y se espera el crecimiento de organismos patógenos en veinticuatro (24) horas.
- c. Cultivo de heces fecales:** Se introduce un swab estéril en el ano y se transfiere a medios de cultivo (XLD Agar, PEA- Campy y Mac Conkey's) con el propósito de recuperar organismos patógenos que producen infecciones.
- d. Departamento:** Se refiere al Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

- e. División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos:** Unidad administrativa adscrita a la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud.
- f. Examen físico:** Investigación y observación sistemática del paciente utilizando sólo los sentidos o auxiliado de instrumentos, con el propósito de identificar signos físicos de enfermedad o anormalidad.
- g. Evaluación médica:** Es el resultado de la evaluación del historial médico, el examen físico y las pruebas diagnósticas para establecer un diagnóstico y eventualmente el tratamiento.
- h. Fluorescence Treponem Antibody (FTA):** Prueba de absorción de anticuerpo. El Treponema pallidum es secado y puesto en una laminilla, se añade el suero y si hay luminiscencia es una prueba reactiva o positiva.
- i. Historial médico:** Es la recopilación de información pertinente sobre la cual se determina un diagnóstico. Esta información puede incluir datos demográficos del paciente, enfermedades pasadas, antecedentes familiares, antecedentes psicológicos, estado actual de salud y evaluación por sistema.
- j. Médico autorizado:** persona autorizada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico a ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que posea una autorización para expedir certificados de salud expedida por el Departamento de Salud.
- k. Permiso Especial:** Permiso adicional temporero concedido a aquellos médicos autorizados a expedir certificados de salud que interesan realizar clínicas fuera del lugar autorizado.
- l. Práctica privada:** Local o establecimiento privado en el que el médico evalúa a sus pacientes y expide certificados de salud.
- m. Prueba de Serología Sifilítica:** Es la prueba que se utiliza para la detección de la sífilis, enfermedad sexualmente transmisible causada por la espiroqueta Treponema pallidum.
- n. Prueba de Tuberculina (intradermal):** Es una prueba para determinar hipersensibilidad (DTH) al bacilo de *Mycobacterium tuberculosis* utilizando el Derivado Proteico Purificado (PPD) por el método Mantoux. La lectura debe ser hecha de cuarenta y ocho (48) horas a setenta y dos (72) horas luego de haber sido administrada.
- o. Prueba de Tuberculosis in Vitro:** Cualquier sistema de prueba (metodología) aprobada por la Administración Federal de Alimentos y drogas (U.S. Food and Drug Administration) que se utiliza para la detección *in Vitro* de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.
- p. Secretario:** El Secretario (a) del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- q. SARAFS:** Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud.

r. Secretario (a) Auxiliar: Secretario (a) Auxiliar de la SARAFS.

ARTÍCULO V. AUTORIZACIÓN

Los certificados de salud deberán ser expedidos por médicos debidamente autorizados para ello por el Secretario de Salud conforme a las disposiciones de este Reglamento. Ningún médico podrá expedir certificados de salud a menos que posea la autorización expedida por el Departamento de Salud.

ARTÍCULO VI. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD EN LA PRÁCTICA PRIVADA Y EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS O AMBULATORIAS

A. Documentos Requeridos para solicitar la autorización para expedir certificados de salud en la práctica privada:

1. Copia de la patente municipal para operar como oficina de servicios médicos.
2. Copia de Licencia de Botiquín.
3. Copia de Licencia de Productos Biológicos.
4. Licencia (en original y copia) para ejercer la medicina en Puerto Rico expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. El Departamento certificará la copia y devolverá el original al solicitante.
5. "Good Standing" expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
6. Identificación con foto.
7. Giro postal por la cantidad de doscientos dólares (\$200.00).
8. Copia del Registro de Profesionales de la Salud expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud del Departamento de Salud.

B. Documentos requeridos para solicitar la autorización para expedir certificados de salud en instituciones hospitalarias o ambulatorias:

1. Carta de endoso del director médico de la institución.
2. Copia de la licencia para la operación de la facilidad conforme las disposiciones de la Ley Número 101 del 26 de junio de 1965.
3. Copia de Licencia de Farmacia.
4. Copia de Licencia de Productos Biológicos.
5. Licencia (en original y copia) para ejercer la medicina en Puerto Rico expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico. El Departamento certificará la copia y devolverá el original al solicitante.
6. "Good Standing" expedido por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
7. Registro de Profesionales de la Salud
8. Identificación con foto.
9. Giro postal por la cantidad de doscientos dólares (\$200.00).

ARTÍCULO VII. TÉRMINO Y RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

El Secretario(a) Auxiliar otorgará una autorización para expedir certificados de salud al médico solicitante que cumpla con los requisitos y las

normas establecidos por la SARAFS. La autorización será válida por un término de dos (2) años al final del cual podrá ser renovada. No se considerará presentada o radicada toda solicitud que le falte cualesquiera de los documentos que se enumeran en el Artículo VI de este Reglamento. El médico autorizado gestionará la renovación con sesenta (60) días de anticipación a la fecha de vencimiento de la autorización.

ARTÍCULO VIII. PERMISO ESPECIAL

Se expedirá un permiso especial a aquellos médicos autorizados por la SARAFS que interesen expedir certificados de salud fuera del lugar autorizado. Este permiso se expedirá a aquellos médicos que posean la autorización regular de la SARAFS y que cumplan con los requisitos para obtener un permiso especial. Este permiso tendrá un costo adicional de doscientos dólares (\$200.00) y tendrá vigencia de un (1) año. Los médicos que tengan dicho permiso prepararán un protocolo de expedición de certificados de salud en clínicas especiales que incluirá las medidas sanitarias y de seguridad que se seguirán en las mismas. Los certificados expedidos bajo este permiso especial serán parte de los informes trimestrales que se deben rendir al Departamento de Salud.

ARTÍCULO IX. LUGAR DONDE SE EXPIDE EL CERTIFICADO DE SALUD

El médico expedirá certificados de salud única y exclusivamente en el lugar autorizado por el Departamento de Salud (oficina privada y/o institución de salud). El médico autorizado que visita regularmente pacientes encamados podrá realizar la evaluación médica y las pruebas requeridas con el fin de expedir el Certificado de Salud fuera del lugar autorizado sin la necesidad del permiso especial que se establece en el Artículo VIII de este Reglamento.

La autorización para expedir certificados de salud deberá estar expuesta en un lugar visible al público.

ARTÍCULO X. PRUEBAS REQUERIDAS PARA EXPEDIR UN CERTIFICADO DE SALUD

1. Ningún médico podrá expedir certificados de salud sin una evaluación médica, los resultados de la prueba de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* y la prueba serológica para sífilis, con sus respectivas pruebas confirmatorias cuando apliquen.
2. La prueba de tuberculina debe haberse realizado dentro de un término no mayor de tres (3) meses anteriores a la fecha en que se expide el Certificado de Salud. El término para la prueba serológica sifilítica es de seis (6) meses anteriores a la fecha en que se expide el Certificado de Salud. Para fines de expedir el Certificado de Salud, no serán válidos los resultados de pruebas que excedan en antigüedad los términos antes expresados.
3. Si la prueba serológica para sífilis fuera reactiva o débilmente reactiva, se realizará una prueba confirmatoria que detecte anticuerpos antitreponémicos específicos. Si la prueba de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* fuese positiva, el médico ordenará al paciente una placa de pecho.

4. El médico podrá exigir la repetición del examen físico y/o las pruebas de tuberculina, tuberculosis *in Vitro* y/o la prueba serológica para sífilis, cuando lo considere necesario. En caso de pacientes de alto riesgo el médico autorizado podrá requerir pruebas adicionales a las que aquí se disponen.
5. A aquellos solicitantes que se desempeñen en la producción, manejo y/o conservación de los alimentos, se les requerirá una prueba de cultivo de garganta y/o cultivo de heces fecales, según lo determine el médico.
6. La prueba de tuberculina intradermal será realizada por médicos autorizados o el personal de enfermería profesional designado. La prueba de tuberculosis *in Vitro* y la prueba serológica para sífilis serán procesadas en un laboratorio clínico autorizado por el Departamento de Salud. Los resultados de las pruebas de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* y la prueba para detectar sífilis con sus respectivas pruebas confirmatorias, deberán ser interpretadas por el médico autorizado a expedir el Certificado de Salud.
7. El médico autorizado a expedir certificados de salud evaluará aquellos casos con resultados positivos de las pruebas confirmatorias y procederá a documentarlo en el formulario de evaluación médica para referirlo al tratamiento inicial y/o seguimiento del mismo.
8. Aquellos solicitantes con resultados de las pruebas confirmatorias de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* y prueba para detectar sífilis positivas, deberán presentar evidencia de haber sido evaluados y haber recibido el tratamiento por el médico de la clínica de epidemiología correspondiente.
9. Las pruebas confirmatorias positivas de tuberculina y las prueba serológicas para sífilis serán notificadas a la oficina Regional de Epidemiología más cercana, según la Orden Administrativa Núm. 217 de 1 de marzo de 2007, según enmendada, la cual establece el listado de enfermedades y condiciones de salud de notificación obligatoria al Departamento de Salud.
10. El médico o el profesional de enfermería designado a la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina deberá presentar evidencia de haber recibido el adiestramiento según la Orden Administrativa Núm. 201 del 23 de septiembre de 2005.
11. La evaluación médica se hará utilizando copia del formulario provisto por el Departamento de Salud (SARAFS).

ARTÍCULO XI. VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE SALUD

La fecha de expedición del Certificado de Salud será la fecha de la primera prueba realizada, ya sea la prueba de tuberculina, tuberculosis *in Vitro*, y/o la prueba para detectar sífilis. El médico autorizado velará que se cumpla con el término establecido en los certificados de salud provisionales. Los certificados de salud serán válidos por un término de un (1) año.

ARTÍCULO XII. CANCELACIÓN DEL CERTIFICADO DE SALUD

Cuando la persona conoce que ha contraído una enfermedad contagiosa y no lo informa al Departamento de Salud le será cancelado el Certificado de Salud expedido. Si un Certificado de Salud es cancelado, no se tramitará una solicitud nueva hasta después de transcurridos seis (6) meses desde su cancelación.

ARTÍCULO XIII. FORMULARIO DE CERTIFICADO DE SALUD

1. El médico utilizará el modelo de Certificado de Salud provisto por el Departamento para reproducir las tarjetas y expedir el Certificado de Salud. La tarjeta de Certificado de Salud debe contener toda la información incluida en el modelo provisto. El Certificado de Salud debe ser completado en maquinilla o computadora.
2. El médico autorizado asignará un número control a la tarjeta de Certificado de Salud que deberá ser iniciado por el médico autorizado con el propósito de validar el mismo. Sin este requisito el Certificado de Salud no será válido.
3. Los certificados de salud serán firmados por el médico autorizado al momento de la expedición. Las tarjetas en blanco no deben ser firmadas por el médico previo a la expedición de los mismos. Se prohíbe la firma en sello de goma.
4. El Certificado de Salud (tarjeta original) se entregará al paciente. El médico autorizado mantendrá en el expediente copia de la misma junto con la evaluación médica y los resultados originales de las pruebas de tuberculina o tuberculosis *in Vitro*, prueba serológica para detectar sífilis, con sus respectivas pruebas confirmatorias, cuando apliquen. Se mantendrá en archivo por un término de dos (2) años.
5. Todo certificado deberá tener adherido el sello oficial provisto por la SARAFS como requisito para su validez.

ARTÍCULO XIV. CESE DE LA PRÁCTICA DE EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD

En caso de que el médico autorizado a expedir certificados de salud desista de ofrecer este servicio, deberá enviar una comunicación escrita ante el Secretario(a) Auxiliar de la SARAFS que incluya la autorización concedida por la SARAFS, el informe trimestral pendiente a ese momento y los sellos que posea.

ARTÍCULO XV. VENTA DE SELLOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Los sellos que se adhieren al certificado serán provistos por la SARAFS y su venta estará sujeta a las siguientes normas:

1. La compra de sellos de certificados de salud será en efectivo (cambio exacto), ATH, cheque certificado o giro postal, a nombre del Secretario de Hacienda, por la cantidad exacta de sellos solicitados.
2. La cantidad mínima de venta de sellos a médicos autorizados en oficinas privadas es de trescientos (300) sellos y la cantidad máxima

es de mil quinientos (1,500) sellos, mientras que para los médicos autorizados en instituciones de salud, será un mínimo de trescientos (300) sellos y un máximo conforme a sus necesidades.

3. La venta de sellos podrá limitarse de acuerdo al inventario existente en la SARAFS.
4. El robo o hurto de estos sellos deberá notificarse a la Policía de Puerto Rico. El médico debe enviar copia de la querella y el informe del incidente a la SARAFS.
5. La venta de sellos puede ser denegada por el Departamento cuando el médico autorizado a expedir certificados de salud no haya presentado los informes en la fecha establecida y por incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de este Reglamento.
6. El médico autorizado a expedir certificados de salud podrá transferir los sellos a otros médicos autorizados en una misma facilidad de salud, institución u oficina privada, siempre y cuando la transferencia sea solicitada por escrito y autorizada por la División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos.
7. Los sellos y las tarjetas de certificados de salud deben colocarse en un lugar seguro bajo llave y ser custodiados por el médico autorizado y/o personal designado.

ARTÍCULO XVI. REEMBOLSO POR SELLOS NO UTILIZADOS

El médico autorizado a expedir certificados de salud que desista de ofrecer este servicio podrá solicitar el reembolso del costo de los sellos no utilizados. Para obtener dicho reembolso el médico deberá:

1. Enviar una comunicación a la SARAFS solicitando el reembolso por concepto de los sellos no utilizados.
2. Estar registrado en el Registro de Suplidores del Departamento de Hacienda (Forma 730).
3. Entregar los sellos no utilizados.

ARTÍCULO XVII. INFORMES AL DEPARTAMENTO DE SALUD

Será responsabilidad del médico autorizado mantener un estricto control de los certificados de salud que expide en la institución u oficina médica. El médico será responsable de enviar el informe mensual y trimestral de los certificados expedidos al concluir el trimestre. El médico podrá asignar un representante para preparar los mismos. Los informes mensuales se mantendrán en un archivo por un término de un (1) año, mientras que la hoja trimestral por dos (2) años. Las hojas de informes mensuales junto a la hoja trimestral, serán enviadas a la SARAFS al finalizar cada trimestre durante los primeros quince (15) días del mes siguiente al trimestre que se informa.

1. Informe Trimestral

El informe trimestral debe incluir:

- a. Copia de la lista de los certificados de salud otorgados durante los meses incluidos en el período correspondiente al informe (una lista por mes)
- b. Nombre del médico
- c. Nombre de la facilidad (si aplica)
- d. Trimestre a que corresponde
- e. Pueblo
- f. Número de autorización del médico
- g. Fecha en que se preparó el informe
- h. El total y la secuencia ascendente de los sellos que fueron otorgados en cada mes
- i. Nombre de la persona que prepara el informe
- j. Firma del médico autorizado a expedir los certificados

ARTÍCULO XVIII. NOTIFICACIÓN SOBRE EL CESE DE FUNCIONES DE LA ENFERMERA QUE INTERVIENE EN LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE SALUD Y ADMINISTRA LA PRUEBA DE TUBERCULINA

El médico autorizado a expedir los certificados de salud deberá informar por escrito a la División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos adscrita a la SARAFS cuando una enfermera profesional responsable de la administración de tuberculina renuncie o cese de sus funciones en el hospital u oficina médica, así como también deberá informar el nombre de la enfermera que ocupará dicha vacante.

ARTÍCULO XIX. PROHIBICIÓN: OFRECIMIENTO DEL SERVICIO EN LUGARES NO AUTORIZADOS Y/O POR PERSONAL NO CUALIFICADO

Se prohíbe que el médico autorizado a expedir certificados de salud delegue en personal no cualificado la responsabilidad de administrar y leer la prueba de tuberculina o acepte lecturas de pruebas de tuberculinas realizadas en Laboratorios Clínicos, no autorizado para este fin. A su vez, el médico autorizado no podrá desplazarse a otras áreas no autorizadas para ofrecer los servicios, a menos que posea el permiso especial expedido por la SARAFS. No se podrá entregar tarjetas de certificados de salud en lugares no autorizados tales como laboratorios clínicos, entre otros.

ARTÍCULO XX. INSPECCIONES

La oficina médica y/o institución de salud donde el médico autorizado preste el servicio estará sujeta a inspección por parte del Departamento de Salud sin previo aviso. Durante la inspección, el funcionario del Departamento podrá requerir la siguiente información:

1. Los expedientes clínicos de los pacientes a quienes se les ha expedido un Certificado de Salud, los cuales deberán incluir la evaluación médica, los resultados de las pruebas de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* y prueba serológica para detectar sífilis con las respectivas pruebas confirmatorias, cuando apliquen.
2. Las credenciales de los profesionales de la enfermería a cargo de administrar la prueba de tuberculina y la evidencia deber tomado el

adiestramiento según la Orden Administrativa 201 de 23 de septiembre de 2005.

3. Evidencia del registro de certificados de salud duplicados, anulados y casos positivos.
4. Deberá permitir acceso al área donde colocan los sellos y tarjetas.
5. Cualquier otro documento que el oficial del Departamento entienda necesario.

ARTÍCULO XXI. SUSPENSIÓN O REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

El Secretario(a) Auxiliar podrá denegar, revocar o suspender temporalmente o permanentemente una autorización expedida de acuerdo a las disposiciones de este Reglamento, luego de notificar a la parte interesada y darle la oportunidad de expresar su posición dentro del término de diez (10) días a partir del recibo de dicha notificación cuando:

1. Se transfieran los sellos oficiales del Departamento de Salud a otros médicos autorizados en una misma facilidad de salud u oficina médica sin la notificación requerida y sin haber realizado los trámites correspondientes.
2. Se delegue la entrega de los certificados al personal que labora en laboratorios clínicos o a otro personal fuera del lugar autorizado por el Departamento de Salud.
3. Se expida un Certificado de Salud luego de haber caducado la autorización por un término mayor de tres (3) meses.
4. No se permita el acceso de un representante del Departamento de Salud para realizar la inspección.
5. Se oculte información con el propósito de mantener la vigencia de su autorización.
6. Se expida un Certificado de Salud con resultados de la lectura de placa de pecho y/o prueba FTA confirmatorias positivas, y no haya evidencia en el expediente de que el paciente fue referido para evaluación y tratamiento a la Clínica para asuntos del SIDA y de Enfermedades Transmisibles y/o el Programa para el Control de Tuberculosis del Departamento de Salud.
7. Se expida un certificado de salud sin la evaluación médica, los resultados de las pruebas de tuberculina o tuberculosis *in Vitro* y prueba serológica para detectar sífilis con sus respectivas pruebas confirmatorias, cuando apliquen, y sin la evidencia de haber sido evaluados y recibido el tratamiento en las clínicas de epidemiología correspondientes.
8. Se incumpla con las disposiciones de este Reglamento.

ARTÍCULO XXII. SEPARABILIDAD

Si cualquier artículo o inciso de este Reglamento fuere declarado nulo por un tribunal con competencia, dicha declaración de nulidad no afectará las demás disposiciones del mismo las cuales continuarán vigentes.

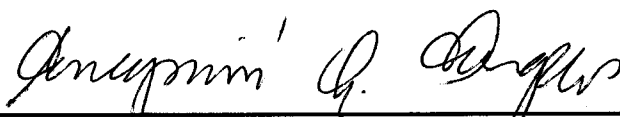
ARTÍCULO XXIII. PENALIDADES

Toda persona natural o jurídica que infrinja por primera vez las disposiciones de este reglamento, será responsable de una multa administrativa no mayor de cinco mil (5,000) dólares, y/o la suspensión o revocación de la licencia o autorización concedida. En el caso de incurrir nuevamente en violación a este reglamento en un periodo de tiempo de un (1) año, la multa impuesta podrá ser aumentada hasta un máximo de diez mil (10,000) dólares, y/o la suspensión o revocación de la licencia o autorización concedida.

ARTÍCULO XXIV. VIGENCIA

Este Reglamento fue aprobado por el Secretario de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley 170 de 1988, según enmendada, y entrará en vigor treinta (30) días luego de radicado en el Departamento de Estado de Puerto Rico.

En San Juan, Puerto Rico a 24 de noviembre de 2009.



LORENZO GONZÁLEZ FELICIANO, MD.
SECRETARIO

ANEJOS

**ANEJO I. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN Y EXPEDICIÓN DE
CERTIFICADOS DE SALUD**

ANEJO II. EVALUACIÓN MÉDICA

ANEJO III. INFORME MENSUAL

ANEJO IV. INFORME TRIMESTRAL



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA PARA LA REGLAMENTACION Y ACREDITACION DE FACILIDADES DE SALUD
S.A.R.A.F.S.
DIVISION DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATOGRAFOS
SOLICITUD PARA AUTORIZACION Y EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE SALUD

FORMULARIO CS-02-03

INSTRUCCIONES:

El formulario debe ser cumplimentado en todos sus apartados en letra de molde. Al momento de su radicación se acompañará por los documentos que se indican en la página 4 de esta solicitud.

SOLICITUD NUEVA CREACION

SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

- ☐ (A) PRACTICA PRIVADA = EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS EN SU OFICINA PRIVADA.
- ☐ (B) INSTITUCION = EL MEDICO EXPEDIRA LOS CERTIFICADOS DE SALUD EN UNA INSTITUCION DE SALUD.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre del Solicitante: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____ ZONA POSTAL

_____ ZONA POSTAL

Teléfono Residencial: () _____ Celular () _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ____ F ____ M

4. JUSTIFICACION:

INDIQUE LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN SU SOLICITUD PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD. EXPLIQUE.

5. MEDIDAS DE SEGURIDAD:

DE OTORGARLE LA AUTORIZACION PARA EXPEDIR CERTIFICADOS DE SALUD, EXPLIQUE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE IMPLANTARA SOBRE LA CUSTODIA DE LOS SELLOS, TARJETAS DE CERTIFICADOS DE SALUD Y EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES.

6. CERTIFICACION:

Yo, _____ certifico, que la información escrita en esta solicitud es correcta. Me comprometo a notificar a la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos cualquier cambio y/o situación que afecte directa o indirectamente el procedimiento en la expedición de certificados de salud en un periodo de quince (15) días, luego de transcurrir dicho cambio y/o situación.

FIRMA DEL MEDICO	FECHA (DIA, MES Y AÑO)

S.A.R.A.F.S.

DIVISION DE CERTIFICADOS DE SALUD Y REGISTRO DE ARTISTAS DERMATOGRAFOS
Antiguo Hospital Ruiz Soler
Bayamón, Puerto Rico 00959

Teléfono (787) 782-0120 Exts. 2210, 2285

MODELO DE LA TARJETA DE CERTIFICADO DE SALUD

NOMBRE DE LA FACILIDAD
NOMBRE DEL MEDICO AUTORIZADO
DIRECCION FISICA Y TELEFONO

CERTIFICADO DE SALUD

NUM. _____

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

RESIDENCIA _____

OFICIO _____

LUGAR DE TRABAJO _____

CERTIFICO, que he examinado a la persona arriba descrita y que se encuentra libre de enfermedades contagiosas, de acuerdo al VDRL y Prueba de Tuberculina suministrada que le incapaciten para dedicarse a su oficio sin peligro para la salud pública. Este certificado será válido por un (1) año a partir de la fecha de expedición del mismo y puede ser cancelado en cualquier momento por el Secretario de Salud.

____ de _____ de ____

Nombre y firma médico autorizado

Licencia del médico

Sello

TARIFAS APLICABLES

SOLICITUD NUEVA CREACION	COSTO \$200.00
CAJA DE 300 SELLOS DE CERTIFICADOS DE SALUD	COSTO \$600.00

- SE ACEPTAN PAGOS EN ATH, CHEQUES CERTIFICADOS Y GIROS POSTALES AMBOS A NOMBRE DEL SECRETARIO DE HACIENDA.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
Antiguo Hospital Ruiz Soler Bayamón, Puerto Rico 00959

Evaluación Médica

Instrucciones:

- Solicitante: Favor de llenar en letra de molde los apartados desde el 1 hasta el 11. Firme la certificación en presencia del médico examinador.
- Médico Examinador: Favor de llenar la parte C (apartados desde el 11 hasta el 21).

A. Datos Personales

1. Nombre del Solicitante:	2. Fecha de Nacimiento _ / _ / _	3. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	4. Estado Civil ☐ Soltero (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a)
Propósito del Certificado: ☐ Empleo ☐ Estudios : ☐ Otros			

B. Historial Médico

5. Marque aquellas enfermedades o condiciones que padece o ha padecido:

☐	Dolor de cabeza severo
☐	Mareos
☐	Enfermedades en los ojos
☐	Enfermedades de oído, nariz, garganta
☐	Alergias nasales
☐	Asma
☐	Tuberculosis
☐	Enfermedad de la tiroides
☐	Dolores de pecho
☐	Presión arterial alta o baja

☐	Colesterol alto
☐	Enfermedades del corazón
☐	Indigestión crónica
☐	Enfermedades del estómago, hígado o intestinos
☐	Hepatitis
☐	Enfermedad de vesícula biliar
☐	Diabetes
☐	Azúcar o albúmina en orina
☐	Enfermedad renal
☐	Piedras en riñón

☐	Enfermedades neurológicas
☐	Epilepsia
☐	Parálisis o neuritis
☐	Enfermedades de la piel
☐	Enfermedades de transmisión sexual
☐	Tumores, quistes o cáncer
☐	Enfermedad siquiátrica
☐	Artritis reumatoidea
☐	Enfermedad musculoesquelética

6. Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades o condiciones que haya padecido y operaciones sufridas:

7. Hospitalizaciones o enfermedades en el último año: _____

8. Alergias a medicamentos o alimentos: _____

9. Otros problemas de salud: _____

10. Tratamiento médico actual: _____

11. Historial familiar: _____

Certifico, que la información que he incluido en este formulario y la que he suplido al médico examinador es verdadera y completa.

Fecha

Nombre solicitante

Firma del solicitante



Mes: _____

Facilidad: _____

HOJA MENSUAL DE CERTIFICADOS DE SALUD (OTORGADOS, DUPLICADOS, ANULADOS)

[illegible]

Fecha : _____

Firma del Médico Autorizado

Nota: Seleccione con una X la categoría de certificado emitido que aplique.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y
Acreditación de Facilidades de Salud



Facilidad: _____

Pueblo: _____

Médico Autorizado: _____

Núm. de Autorización : _____

Trimestre: _____

Fecha: _____

INFORME TRIMESTRAL: CERTIFICADOS DE SALUD

I. Mes	Certificados Otorgados		Certificados Duplicados		Certificados Anulados *	
	Total	Núm. de Sello De: - A: -	Total	Núm. de sello	Total	Núm. de sello
Meses						
II. Totales						