



# Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud  
Programa de Medicaid

## Programa de Medicaid de Puerto Rico

### Formulario de certificación de colaboración con médicos

Este formulario debe entregarse con las solicitudes de inscripción de Asistentes Médicos y CRNAs inscribiéndose en el Programa de Medicaid de Puerto Rico.

Yo, \_\_\_\_\_ del tipo de proveedor \_\_\_\_\_  
*Nombre de medico colaborador* *Tipo de proveedor*

y el numero de licencia \_\_\_\_\_, certifico que he establecido un acuerdo de colaboración  
*Numero de licencia*

con \_\_\_\_\_, efectivo \_\_\_\_\_ en la siguiente  
*Nombre del Asistente Medico o CRNA* *Fecha del acuerdo*

localización:

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad* *Estado* *Zip*

Firma del Médico colaborador			
Firma		Fecha	
Nombre en letra de molde			

Firma del Asistente Médico / CRNA			
Tipo de proveedor			
Firma		Fecha	
Nombre en letra de molde			

Suba este formulario como archivo adjunto a su solicitud de inscripción a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en ingles). NO adjunte Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en ingles) a su solicitud.