



Departamento de Desarrollo Sostenible, Planificación y Realce Económico

Teléf: 305-375-4222



Fax: 305-375-3512



correo electrónico:consumer@miamidade.gov

## SOLICITUD DE NUEVA INSCRIPCIÓN O DE RENOVACIÓN PARA LAS CLÍNICAS DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

1. Nombre legal de la clínica de tratamiento del dolor: \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_

Marque una de las siguientes:  Compañía  Asociación  LLC  Propietario único  Nombre ficticio  Otro \_\_\_\_\_

2. Dirección física de la clínica: \_\_\_\_\_

3. Dirección postal: \_\_\_\_\_

4. Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Página web \_\_\_\_\_

5. Nombre de la persona designada como contacto: \_\_\_\_\_

6. Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

7. Número de inscripción de la clínica de tratamiento del dolor en el Departamento de Salud de la Florida: \_\_\_\_\_

8. Número de identificación para los impuestos federales (FEID#, sigla en inglés): \_\_\_\_\_

**Sí**  **No**  La propiedad de la clínica está totalmente en manos de un médico facultativo u osteópata debidamente certificado o de un grupo de facultativos médicos u osteópatas, u ostenta una licencia como clínica de cuidados médicos según lo dispuesto en la Parte X del Capítulo 400 de los E de la Florida. Licencia # \_\_\_\_\_

10. **Sí**  **No**  Se dispensan sustancias restringidas en el local de la clínica.

11. **Sí**  **No**  Se prescriben sustancias restringidas en el local de la clínica.

### **INFORMACIÓN SOBRE EL FACULTATIVO DESIGNADO:**

NOTA: El facultativo designado es responsable de cumplir todos los requisitos relacionados con la inscripción y operación de la clínica. El facultativo designado debe tener una licencia activa y libre de impedimentos, según lo dispuesto en el Capítulo 458 (medicina) de los Estatutos de la Florida o bajo el Capítulo 459 (osteopatía) de los Estatutos de la Florida, así como una inscripción activa en la DEA; y debe ejercer en la localidad física de esta clínica. Si el facultativo deja de estar afiliado con la clínica, usted tiene que informar a protección al consumidor en un plazo de diez (10) días que se ha designado a otro facultativo.

1. Nombre legal completo del facultativo designado (DP, sigla en inglés): \_\_\_\_\_

2. Dirección postal del facultativo (si difiere de la dirección de la clínica): \_\_\_\_\_

3. Número de licencia médica de la Florida y plazo de la licencia: \_\_\_\_\_

4. Número del facultativo en la DEA: \_\_\_\_\_

5. Horario de trabajo en la clínica \_\_\_\_\_
6. **Marque uno:**  Empleado de la clínica  Bajo contrato con la clínica
7. ¿Ha iniciado el Departamento de Salud alguna medida disciplinaria contra algún facultativo? **Sí**  **No**   
 En caso afirmativo, proporcione la información adicional solicitada a continuación.

Nombre	Fecha Inicio Caso	Ubicación	Número del Caso	Resultado final

❖ **Este individuo debe rellenar y presentar la Declaración Jurada del Facultativo (adjunta)**

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL FACULTATIVO:** (Si se trata de más de 2 facultativos, fotocopie esta página para añadir los restantes)

Haga una lista de todos los facultativos que están empleados por la clínica o que tengan una relación contractual con la misma, o que de cualquier otra manera atiendan pacientes en la clínica.

1. Nombre legal completo del facultativo: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_
3. Teléfonos: (Residencial) \_\_\_\_\_ (Oficial) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_
4. Número de la licencia médica de la Florida y plazo de la licencia: \_\_\_\_\_
5. Número DEA del facultativo: \_\_\_\_\_
6. Horario de trabajo en la clínica: \_\_\_\_\_
7. **Marque uno:**  Empleado de la clínica  Bajo contrato con la clínica
8. ¿Ha iniciado el Departamento de Salud alguna medida disciplinaria contra algún facultativo? **Sí**  **No**   
 En caso afirmativo, proporcione la información adicional solicitada a continuación.

Nombre	Fecha Inicio Caso	Ubicación	Número del Caso	Resultado final

❖ **Este individuo debe rellenar y presentar la Declaración Jurada del Facultativo (adjunta)**

1. Nombre legal completo del facultativo: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_
3. Teléfonos: (Residencial) \_\_\_\_\_ (Oficial) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_
4. Número de la licencia médica de la Florida y plazo de la licencia: \_\_\_\_\_
5. Número DEA del facultativo : \_\_\_\_\_
6. Horario de trabajo en la clínica: \_\_\_\_\_




**INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS PROPIETARIO(S) DE LA CLÍNICA:** (Si hubiese más de 1 propietario, fotocopie esta página para añadir los restantes)

1. Nombre legal completo del propietario: \_\_\_\_\_
2. Dirección : \_\_\_\_\_
3. Teléfonos: (Residencial) \_\_\_\_\_ (Oficial) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_
4. Número de licencia médica de la Florida y plazo de la licencia: \_\_\_\_\_
5. Número DEA del facultativo: \_\_\_\_\_

**Sí  No**  Se me ha denegado una licencia o permiso, o se me ha suspendido o revocado dicha licencia por causas relacionadas con ser el propietario o administrador de una clínica médica que ofrecía servicios de tratamiento del dolor en otra jurisdicción. ***Si la respuesta es afirmativa explique los detalles en una hoja adjunta.***

**Sí  No**  Se me ha revocado un número por parte de la Agencia Antidrogas de E.U (DEA, sigla en inglés). ***Si la respuesta es afirmativa explique los detalles en una hoja adjunta.***

**Sí  No**  Se me ha denegado una licencia para prescribir, dispensar o administrar sustancias restringidas, por parte de esta u otra jurisdicción. ***Si la respuesta es afirmativa explique los detalles en una hoja adjunta.***

**Sí  No**  He sido condenado o me he declarado culpable o ‘nolo contendere’ ( sin importar la adjudicación del fallo) de un delito considerado delito mayor por recibir drogas ilícitas o desviadas de su lugar de destino, incluyendo cualquier sustancia restringida incluida en la Lista I, Lista II, Lista III, Lista IV o Lista V de la Sección 893.03 de los Estatutos de la Florida, o de cualquier Estado o de Estados Unidos . ***Si la respuesta es afirmativa explique los detalles en una hoja adjunta.***

10. ¿Ha habido alguna acción disciplinaria iniciada contra usted por parte del Departamento de Salud? **Sí  No**   
Si la respuesta es afirmativa, brinde información adicional a continuación.

Nombre	Fecha Inicio Caso	Ubicación	Número del Caso	Resultado Final


11. ¿Tiene usted intereses como propietario en una farmacia o farmacias y/o en otras clínicas de tratamiento del dolor?

Sí  No

*Si la respuesta es afirmativa explique los detalles a continuación.*

Nombre de la farmacia o clínica	Dirección	% propiedad

❖ **Rellene y presente el testimonio que aparece en la página siguiente**

**TESTIMONIO DEL PROPIETARIO DE LA CLÍNICA:** *(Cada propietario debe rellenar un testimonio individual)*

Yo, \_\_\_\_\_, el abajo firmante, bajo pena de perjurio declaro que he leído la solicitud que antecede y ratifico que los hechos declarados en ella son ciertos y están completos. Cumpliré las disposiciones del Código del Condado de Miami-Dade y todas las restantes leyes que se apliquen. Comprendo que una omisión o declaración falsa será considerada motivo suficiente para la suspensión, la revocación o la no emisión de la inscripción de la clínica de tratamiento del dolor.

Declaro por este medio que la clínica de tratamiento del dolor identificada en esta solicitud está en cumplimiento y debidamente acreditada ante el Estado de la Florida y el Departamento de Salud (DOH, sigla en inglés) y que no ha recibido aviso alguno sobre una investigación pendiente por parte del Departamento de Salud. Además, declaro por la presente que esta clínica de tratamiento contra el dolor no ha recibido un fallo de motivo fundado como resultado de una investigación de DOH, que la inscripción ante DOH de esta clínica de tratamiento contra el dolor no se encuentra suspendida en la actualidad y que esta clínica de tratamiento contra el dolor no ha recibido aviso alguno sobre deficiencias de algún tipo como resultado de la inspección más reciente realizada por DOH.

Concedo a cualquier agente del orden público, funcionario de cumplimiento del código o a cualquier persona autorizada para detectar las violaciones y hacer cumplir las ordenanzas en el Condado de Miami Dade, el acceso libre a esta clínica a cualquier hora razonable sin aviso previo, con el propósito de verificar las pruebas de inscripción y/o cumplimiento de las leyes locales, estatales y federales. Comprendo que pueden imponerse sanciones civiles por violación de las disposiciones del Código del Condado de Miami-Dade.

Estoy de acuerdo en que se procese una tarjeta de huellas dactilares con el Departamento de Policía de Miami-Dade y autorizo a Protección al Consumidor a llevar a cabo un chequeo de antecedentes penales. También comprendo y estoy de acuerdo en que se me puede solicitar información adicional cuando se revise mi solicitud, como requisito antes de emitir la licencia de la clínica. Una vez que la licencia haya sido emitida, estoy de acuerdo en proporcionar cualquier información suplementaria que pudiera ser solicitada por el

Departamento de Servicios al Consumidor y me comprometo a actualizar al Condado Miami-Dade en un plazo de diez (10) días los datos sobre cualquier cambio producido en la información que aparece en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario de la clínica  
(ante notario)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

**Certificación del Notario:**

Jurado (o afirmado) y firmado ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente o quien ha presentado el documento \_\_\_\_\_ como prueba de identificación y quien ha prestado juramento.

\_\_\_\_\_  
Firma del notario

Escriba la información del notario con letra de molde:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE TIENE QUE ADJUNTAR:**

- 1. Una copia de la licencia de la clínica de tratamiento del dolor, emitida por el Departamento de Salud de la Florida.**
- 2. Una copia de un recibo de pago de impuestos de negocio local al Condado de Miami-Dade, actualizado y válido.**
- 3. Una copia de un recibo de pago de impuestos de negocio al municipio, actualizado y válido (excepto si está situado en el área no constituida en municipio del Condado de Miami-Dade ).**
- 4. Una copia del Certificado de Ocupación emitido por el Condado de Miami-Dade o por el municipio donde se encuentra situada la clínica.**
- 5. Una copia de la licencia de conducción de la Florida o de una identificación emitida por el gobierno para cada propietario y cada facultativo médico identificado en la solicitud.**
- 6. Una copia de la licencia médica del Estado de la Florida, vigente, de cada facultativo médico.**

7. Un documento 'Testimonio de Propietario' juramentado y firmado ante notario, por cada propietario.
8. Una "Declaración Jurada de Facultativo Designado" juramentada y firmada ante notario (se adjunta el formulario).
9. Una "declaración Jurada de Facultativo Médico" juramentada y firmada ante notario, (se adjunta el formulario) por cada facultativo identificado en la solicitud (que no haya rellenado una "Declaración Jurada de Facultativo Designado").
10. Un plano de la clínica que muestre todas las áreas, incluyendo el lugar de ubicación de las sustancias restringidas.
11. Una copia del título de propiedad o del acuerdo de alquiler, si la propiedad es alquilada.
12. Un cheque o giro postal para pagar la tarifa de solicitud, por valor de \$120.00, más la cifra adicional de \$24.00 por el chequeo de antecedentes penales de *cada* facultativo y un cheque o giro postal por valor de \$1,200.00 para el pago de la tarifa de inscripción:

***Junta de Comisionados del Condado (B.O.C.C)***

El paquete de documentos de solicitud y el pago deben entregarse personalmente en:

**Requisitos para clínicas contra el dolor:**

1. Solicitud firmada, rellenada.
2. Una copia de la licencia para clínicas de tratamiento del dolor expedida por el Departamento de la Salud de la Florida.
3. Una copia de un recibo de impuestos de negocios locales del Condado de Miami-Dade vigente y válido.
4. Una copia del recibo de impuestos de negocio municipal local vigente y válido (a menos que se encuentre en un área no constituida en municipio del Condado de Miami-Dade).
5. Una copia del certificado de ocupación expedido por el Condado de Miami-Dade, o por el municipio en el que se encuentra la clínica.
6. Una copia de la licencia de conducir de la Florida o tarjeta de identidad expedida por el gobierno de cada dueño y cada facultativo médico que aparece en la solicitud.
7. Una copia de la licencia médica del Estado de la Florida vigente de cada facultativo médico.
8. Un testimonio del dueño jurado y notariado para cada dueño.
9. Una declaración jurada y notariada del facultativo médico designado (formulario adjunto).

10. Una declaración jurada y notariada del facultativo médico (formulario adjunto) por cada facultativo médico que aparece en la solicitud (que no ha rellenado una declaración jurada de facultativo médico designado).
11. Un plano de la clínica que muestra todas las áreas y que incluye la ubicación de las sustancias controladas.
12. Una copia de los documentos de posesión de la propiedad o del contrato de arriendo si es que la propiedad es arrendada.
13. Recordatorio: No habrán reembolsos de las tarifas.
14. Cheque o giro postal para la tarifa de solicitud por la cantidad de \$120.00, además de \$24.00 para el control de los antecedentes de cada facultativo médico. Un cheque o giro postal para la tarifa de inscripción anual por la cantidad de \$1,200.00 tiene que efectuarse al inscribirse. Sin embargo, para la inscripción inicial, las tarifas serán prorrateadas y determinadas cuando ocurra la solicitud. Todos los cheques o giros postales tienen que ser hechos pagaderos a: Junta de Comisionados del Condado.

Todas las inscripciones iniciales tienen que ser presentadas en persona a:

Departamento de Desarrollo Sostenible, Planificación y Realce Económico  
140 West Flagler Street, Suite #902  
Miami, FL 33130