

DECLARACIÓN JURADA (SWORN STATEMENT)

Yo, _____, mayor de edad, _____, médico y vecino de _____, Puerto Rico, bajo juramento DECLARO:

I, _____, of legal age, _____, physician and resident of _____, Puerto Rico, under oath DECLARE:

1. Que me llamo como queda dicho y que mis circunstancias personales son las antes expresadas.
1. That my name is as stated and that my personal circumstances are as previously described.

2. Certifico por la presente que a la fecha de hoy soy Doctor en Medicina con licencia válida vigente, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
2. I hereby certify that as of today's date, I am a Medicine Doctor with a current and valid license issued by the Medical Discipline and Licensing Board of Puerto Rico.

3. También certifico que no tuve 90% o más de los encuentros en POS 21/23, según definido en Title 42 CFR §495.4 para el año calendario 2020, año anterior al que solicito el incentivo de Electronic Health Record (EHR), bajo el Programa Medicaid para Promover la Interoperabilidad, según lo he indicado en mi solicitud.
3. I also hereby certify that that I did not have over 90% of encounters in POS 21/23 as defined in Title 42 CFR §495.4 for calendar year 2020, the year prior to the one I am requesting the Electronic Health Record (EHR) incentive under the Medicaid Promoting Interoperability Program, as I have indicated in my application.

4. Reconozco que el Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene la potestad de solicitar información detallada relacionada a los encuentros con cualquier paciente, incluyendo aquellos del Programa MI Salud.
4. I hereby recognize that the Commonwealth of Puerto Rico has the legal authority to request detailed information related to my encounters with any patient, including those associated with the MI Salud program.

5. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene la potestad de validar e investigar cualquier información que yo haya sometido en apoyo a mi solicitud de incentivo, así como denegar cualquier solicitud de incentivo o descalificarme como proveedor elegible para el Programa para Promover la Interoperabilidad de Medicaid.
5. The Commonwealth of Puerto Rico has the legal authority to validate and investigate any information that I have submitted in support of my incentive application, as well as to reject any application or disqualify me as an Eligible Provider for the Medicaid Promoting Interoperability Program.

Que lo declarado es la verdad y nada más que la verdad y para que así conste juro y suscribo la presente en _____, Puerto Rico hoy día _____ de _____ 20__.

That the declarations herein are the truth and nothing but the truth and thus for the record I swear and sign this statement in _____, Puerto Rico today _____, 20__.

AFFIDAVIT NÚM: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ de las circunstancias personales antes expresadas a quien identifiqué mediante su _____.

Sworn and subscribed before me by _____ of the personal circumstances referred to above, (which I identified by his/her _____.

En _____, Puerto Rico a _____ de _____ de 20__.
In _____, Puerto Rico on _____, 20__.