



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

Certificado de Especialidad

Certificado de Subespecialidad

A. INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL

Nombre: _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Núm. de Licencia de Consejero/a Profesional: _____ Fecha de expiración: _____

B. ÁREA DE ESPECIALIDAD A SOLICITAR
(*Seleccione todas las que incluirá en esta solicitud*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería Clínica en Salud Mental | <input type="checkbox"/> Consejería Educativa |
| <input type="checkbox"/> Consejería en Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Consejería Escolar |
| <input type="checkbox"/> Consejería Familiar y de Parejas | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |

C. ÁREA DE SUBESPECIALIDAD A SOLICITAR
(*Seleccione todas las que incluirá en esta solicitud*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería en Duelo | <input type="checkbox"/> Consejería en Trauma |
| <input type="checkbox"/> Consejería Forense | <input type="checkbox"/> Terapia Sexual |
| <input type="checkbox"/> Consejería de Carrera | <input type="checkbox"/> Consejero Educador y Supervisor |
| <input type="checkbox"/> Consejería Perinatal | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |



D. REQUISITOS PARA SOLICITAR ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

Para solicitar la(s) especialidad(es) y subespecialidad(es), el Consejero Profesional deberá cumplir con una de las siguientes:

- Grado de Maestría o Doctorado con la especialidad (evidenciar mediante transcripción de créditos oficial enviada directamente o entregada a la mano junto a su solicitud)
- Certificado Profesional de la especialidad de una Institución de Educación Superior acreditada
- Adiestramientos Posgraduados o Certificación Profesional con un mínimo de 100 horas para especialidad y 75 horas para subespecialidad, según aplique.

E. REQUISITOS QUE DEBE PRESENTAR PARA LA EVALUACIÓN DE ESTA SOLICITUD

- Copia de Certificación de Registro vigente.
- Evidencia de especialidad o subespecialidad, según descrito en el inciso D de esta solicitud.
- Un (1) sobre pre-dirigible con sello.
- Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta (\$50.00) dólares **por cada certificado de especialidad y subespecialidad solicitado. Pago no reembolsable.**

Los métodos de pago son los siguientes:

- **ATH, VISA, MASTERCARD**
- **Giro postal o bancario** pagaderos al **Secretario de Hacienda**

Firma del solicitante: _____

Fecha de radicación: _____

Esta solicitud será válida por un periodo de tres (3) años simultáneo a la fecha de vigencia del Certificado de Registro. **No se aceptarán solicitudes incompletas.**

PARA USO DE LA JUNTA EXAMINADORA

Evaluado por: _____

Nombre y Firma de Miembro de Junta

Fecha de evaluación: _____

Decisión tomada: _____

Comentarios (si aplica): _____
