



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 RENOVACIÓN DE 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 RENOVAR

(Seleccione todas las que incluirá en esta solicitud)

Consejería Clínica en Salud Mental

Consejería Educativa

Consejería en Abuso de Sustancias

Consejería Escolar

Consejería Familiar y de Parejas

Otra (especifique): _____

C. ÁREA DE SUBESPECIALIDAD A RENOVAR

(Seleccione todas las que incluirá en esta solicitud)

Consejería en Duelo

Consejería en Trauma

Consejería Forense

Terapia Sexual

Consejería de Carrera

Consejero Educador y Supervisor

Consejería Perinatal

Otra (especifique): _____



D. REQUISITOS

- Copia de Certificación de Registro vigente.
 - Copia del Certificado de Especialidad o Subespecialidad expedido por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales a renovar, según aplique.
 - Evidencia de 10 horas de preparación en cada área de especialidad o subespecialidad a renovar dentro de los pasados tres (3) años.
 - Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
 - Pago correspondiente por la cantidad de treinta (\$30.00) dólares **por cada renovación de 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): _____

