



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 en Rehabilitación

SOLICITUD DE RE- EXAMEN

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

ZIP CODE _____

TELEFONOS: _____

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN: _____

NUMERO DE ESTE EXAMEN: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

- 1) Puede hacer el pago con tarjeta de ATH, Visa o Giro a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de **\$50.00** dólares. **Este pago no será reembolsable**
- 2) Certificado de Antecedentes Penales (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico reciente.
- 3) Solicito acomodo razonable: ____ Sí ____ No
¿Qué tipo de acomodo solicita? _____
Deberá presentar evidencia que demuestre la causa para tal solicitud, ya sea Certificado Médico en Original u otro documento que justifique dicho acomodo
- 4) Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores (ASUME)
- 5) Sobre pre dirigido con su nombre y dirección postal.

NOTA: NO SE PROCESARÁ LA SOLICITUD DE RE-EXAMEN, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.

Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación de Puerto Rico
P.O. Box 10200 San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 999-8989 ext. 3462
ctrinidad@salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Inicial

Seguro Social

Fecha de Nacimiento

*Últimos 4 dígitos

dia/mes / año

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo

Email: _____

Información de Personal:

Dirección Postal

Ciudad, País, Código Postal

Grado Obtenido _____

Año de Graduación: _____

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____