



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
REQUISITOS PARA SOLICITAR
LICENCIA PERMANENTE POR ENDOSO DE CONSEJERO PROFESIONAL

1. Someter la solicitud para Licencia Permanente por Endoso debidamente completada y juramentada ante un notario público. **(páginas 2 al 4)**
2. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Profesionales de la Salud. **Este documento no puede ser cumplimentado por Médicos y/o Trabajadores Sociales.**
3. **Transcripción de créditos oficial y certificación de grado oficial** deben ser expedidas por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su grado de Maestría o Doctorado. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **Ambos documentos deberán ser enviados por la institución educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección postal:**

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

4. Certificado de Nacimiento **original y copia**. Solicitantes extranjeros deberán presentar certificación **original junto con una copia** de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos.
5. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
6. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(No mayor de seis (6) meses)**
7. Resultados de Examen de NBCC. **Este documento deberá ser enviado por la institución directamente a la Junta Examinadora.**
8. Verificación de Licencia Profesional del Estado procedencia. **(Good Standing)**
9. **Un (1) sobre** pre-dirigido con sello.
10. Pago correspondiente por la cantidad de cien dólares **(\$100.00)**. **Pago no reembolsable.**
Los métodos de pagos son los siguientes:

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

No se aceptarán solicitudes incompletas.



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

**SOLICITUD PARA LICENCIA PERMANENTE POR ENDOSO
DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

Nombre del solicitante: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____

Celular

Alternos

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Adhiera una
fotografía reciente
tamaño pasaporte

Comparece _____, mayor de edad, _____ y vecino de

Nombre completo

Estado Civil

_____, debidamente juramentando expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de mi persona tomada recientemente.

Acepto y entiendo que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, a quien DOY FE de conocer personalmente o haber identificado conforme dispone la ley, _____ hoy día _____ de _____ del año _____

(número de identificación provista)

en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario



DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. Nombre completo: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
3. Seguro social completo: _____
4. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí ____ No ____
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).
5. ¿Tiene licencia en algún estado de los Estados Unidos? Sí ____ No ____
(Si su contestación es afirmativa, favor indicar el estado)
 - a) Estado: _____ Licencia Núm.: _____
 - b) Estado: _____ Licencia Núm.: _____
 - c) Estado: _____ Licencia Núm.: _____
6. ¿Ha sido CONVICTO de algún delito grave? Sí ____ No ____
(Si su contestación es afirmativa, explique) _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Nombre de la Institución: _____ Recinto: _____

Dirección física: _____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____



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

CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos Profesionales de la Salud, de los cuales uno deberá ser
Consejero Profesional debidamente licenciado)

Este documento NO puede ser cumplimentado por Médicos y/o Trabajadores Sociales.

Nombre del solicitante: _____

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES DE PUERTO RICO* que conocemos personalmente al(la) solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le(la) consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Consejeros Profesionales.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

PROFESIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL PROFESIONAL

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

PROFESIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL PROFESIONAL

FIRMA

FECHA