

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

Incial

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

PAG. 4  
REV. ENERO/2026

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