



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 MENTOR

Nombre: _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____, _____

Correo electrónico: _____

Número de Licencia de Consejero/a Profesional: _____ Núm. de Registro: _____

Presentar evidencia de seis (6) horas de preparación en temas relacionados a la supervisión de la consejería o supervisión clínica dentro de los pasados tres (3) años, las cuales podrían ser una de las siguientes:

- ___ 1. Certificado de adiestramiento aprobado por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
- ___ 2. Cursos universitarios con contenido de supervisión en consejería o supervisión clínica
- ___ 3. Evidencia de educación continua en el área
- ___ 4. Certificación vigente como supervisor del National Board of Certified Counselors (NBCC)

Requisitos que ha presentar para la evaluación de esta solicitud:

- ___ 1. Copia de la Certificación de Registro vigente (**Debe haber renovado mínimo dos (2) trienios**)
- ___ 2. Certificado de Antecedentes Penales (**No mayor de seis (6) meses**)
- ___ 3. Certificación Negativa de Asume
- ___ 4. Un (1) sobre pre – dirigido con sello

Fecha de radicación

Firma del solicitante

Esta solicitud será válida por un período de tres (3) años simultáneo a la fecha de vigencia del Certificado de Registro.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. ENERO/2026