



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 DE RE-EXAMEN

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Seguro Social: XXX-XX-_____ Correo electrónico: _____

Número de celular: _____ Número de teléfono alterno: _____

Fecha en que tomó su último examen: _____

¿Cuántas veces ha tomado el examen? 2 (), 3 (), 4 () 5 o más ()

**DE ACUERDO CON LEY ADA TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE EN CASO DE DISCAPACIDAD.
DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO ORIGINAL CON EL TIPO DE ACOMODO QUE SOLICITA.**

Intereso _____

No intereso _____

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____

Fecha de radicación

Firma del solicitante

Requisitos:

1. Una (1) fotografía reciente tamaño 2x2.
2. Copia de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
3. Certificado de Antecedentes Penales. **(No mayor de seis (6) meses)**
4. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello.
5. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares **(\$30.00)**.

Pago no reembolsable. Los métodos de pago son los siguientes:

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

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. ENERO/2026