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 Patología del Habla-Lenguaje
Audiología y Terapia del Habla-Lenguaje

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LICENCIA PROVISIONAL

_____ Patólogo del Habla-Lenguaje _____ Audiólogo ____ Terapista del Habla-Lenguaje

Número de licencia provisional que solicita: ☐ 1ra ☐ 2da ☐ 3ra
Aclaración: Si ha solicitado examen anteriormente pero no ha solicitado licencia provisional, favor marcar el encasillado de primera (1ra).

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección física: _____

_____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del último examen: _____ Universidad: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico del trabajo: _____

Posición que ocupa actualmente: _____

Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

1. **Original y copia** de identificación con foto vigente (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).

2. Un (1) sobre pre-dirigido con sello.

3. Pago correspondiente por la cantidad de cincuenta dólares ($50.00). **Pago no reembolsable**. Los métodos de pagos son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda.

No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos deben ser presentados impresos junto a su solicitud.

REV. ABRIL/2026