



#### Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

#### **REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXAMEN PARA LICENCIA PROVISIONAL**

1. Formulario de solicitud de examen para Licencia Provisional 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, de los cuales uno (1) deber ser Consejero Profesional debidamente licenciado. **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. **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, P.R. 00908-0200**

4. Resultados del “National Board for Certified Counselors” para los profesionales que solicitan la convalidación. **Los resultados oficiales deben ser enviados directamente desde la agencia a nuestras oficinas mediante correo postal.**
5. 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.
6. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
7. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(No mayor de seis (6) meses)**
8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello para solicitud mediante examen. Un (1) sobre pre-dirigido con sello para convalidación de resultados.
9. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares **(\$30.00)**. **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 DE EXAMEN PARA LICENCIA PROVISIONAL  
DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

\_\_\_\_\_ MEDIANTE EXAMEN

\_\_\_\_\_ MEDIANTE CONVALIDACIÓN DE RESULTADOS

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 \_\_\_\_\_

(número de identificación provista)

del año \_\_\_\_\_ 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?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual)

5. ¿Ha sido convicto de algún delito grave?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Si contesta en la afirmativa, explique) \_\_\_\_\_

6. De acuerdo con Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad. ¿Necesita Acomodo Razonable?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
**(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)**

¿Qué tipo de acomodo solicita?: \_\_\_\_\_

**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 ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
PROFESIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA