

**DATOS PERSONALES E HISTORIAL DE CONDUCTA**

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?: Sí _____ No _____
Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual.
2. ¿Ha realizado algún cambio de nombre? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, indique:
Fecha del cambio: _____ Nombre original: _____
3. De acuerdo con Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad.
¿Necesita Acomodo Razonable?: Sí _____ No _____
Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita. ¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____

4. ¿Ha sido convicto de algún delito? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, indique:
Fecha: _____ Jurisdicción (ciudad/estado): _____
Naturaleza del delito: _____
5. ¿Ha sido indultado? Sí _____ No _____ Utilice pliego aparte para información adicional.
6. ¿Ha ejercido ilegalmente la profesión de Consejería en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
7. ¿Ha sido declarado incapacitado mentalmente por un tribunal competente o por el Seguro Social? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
8. ¿Está física o mentalmente capacitado/a para prestar servicios de Consejería con razonable habilidad, seguridad y competencia? Sí _____ No _____
9. ¿Utiliza drogas o alcohol de forma tal que afecta su competencia profesional? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
10. ¿Está registrado como ofensor sexual en Puerto Rico o cualquier otra jurisdicción de los EE. UU.? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
11. Actualmente, ¿es sujeto de algún procedimiento disciplinario, querrela o investigación no resuelta en relación con la profesión de Consejería o cualquier otra profesión? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.
12. ¿Ha sido alguna vez disciplinado bajo cualquier otra licencia profesional? Sí _____ No _____ Si contesta en la afirmativa, incluya explicación en un documento separado.

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Institución: _____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____



INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Tiene licencia en algún estado de los Estados Unidos? Sí _____ No _____
Si su contestación es afirmativa, favor indicar el estado y estatus de su licencia.

a) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

b) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

c) Estado: _____ Licencia Núm.: _____ Estatus: _____

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 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 consideramos apto para ejercer la profesión de Consejeros Profesionales.

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Profesión y Número de Licencia Profesional

Profesión y Número de Licencia Profesional

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Número de años que conoce al solicitante

Número de años que conoce al solicitante

Firma

Firma

**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 junto a una foto reciente tamaño pasaporte (**páginas 1 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 dirección postal** que aparece en esta solicitud. Egresados de instituciones extranjeras (fuera de los EE. UU. y sus territorios) deben presentar además la evaluación u homologación del grado provista por una agencia evaluadora de credenciales académicas. La agencia evaluadora enviará los documentos directamente a la Junta a la siguiente dirección postal:

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908-0200**

4. Resultados del examen “National Counselor Examination” (NCE) o del “National Clinical Mental Health Counseling Examination” (NCMHCE), ambos administrados por el “National Board for Certified Counselors” (NBCC). **Los resultados oficiales deben ser enviados directamente desde la agencia a nuestras oficinas mediante correo postal.** Este requisito aplica a los que solicitarán mediante convalidación de resultados.
5. Certificado de Nacimiento **original y copia** expedido a partir del 1ro de julio de 2010. Candidatos nacidos fuera de Puerto Rico o fuera de los Estados Unidos, deberá presentar además evidencia de ciudadanía o residencia permanente en los EE. UU. Los candidatos deberán satisfacer todos los requisitos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los 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 treinta (30) días previos a la fecha de radicación**).
8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello para solicitud mediante examen o 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 y/o giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda**.

No se aceptarán solicitudes incompletas.