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 en Rehabilitación

SOLICITUD DE EXAMEN DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN

P.O. BOX 10200 SAN JUAN, P.R.00908 – 0200 TEL. (787)765-2929 EXT. 3462
ctrinidad@salud.pr.gov

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfonos Residencial: _____ Trabajo:_____

Celular: _____Otro:_____

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: Mes _____ Dia: _____ Año_____

Correo Electrónico _____

FOTO

2x2

DECLARACIÓN JURADA

Estado o Territorio _____

Pueblo o Ciudad_____

COMPARECE _____
Nombre Completo del Solicitante

Identificado mediante _____
Método de Identificación

Yo, debidamente juramentado y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de mi persona y fue tomada recientemente.

_____ _____
Firma del Solicitante **Fecha**

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____en

_____, Puerto Rico.

AFFIDAVIT NÚM: _____ _____
Firma del Notario

Sello Notarial

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? Si _____ No _____ Indique original: _____
2. Lugar de Nacimiento _____ Edad: _____

   ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si _____ No_____ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su status).
3. Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero (a) _____
4. ¿ Ha sido Convicto de algún delito: Si _____ No _____ (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. Agencia para la cual trabaja y dirección _____ _____
6. Deseo tomar el examen en: Español _____ Inglés _____
7. Solicito Acomodo Razonable: Si_____ No_____
8. ¿Qué tipo de Acomodo Razonable solicita? _____ _____

   Deberá presentar evidencia que demuestre la causa para tal solicitud, ya sea Certificado Médico en Original u otro documento que justifique dicho acomodo.

   _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA:

Nombre de la Institución: _____
Dirección: _____
Grado Obtenido: _____ Fecha obtención: _____

ESTUDIOS GRADUADOS O POST- GRADUADOS:

Institución: _____
Dirección: _____
Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

Firma: _____ Fecha: _____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

(Para ser firmado por (2) dos ciudadanos que acrediten la buena conducta del solicitante)

Los abajo firmantes Certificamos a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN 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 consideramos apto (a) para ejercer la profesión de CONSEJERO EN REHABILITACIÓN en Puerto Rico.

Nombre: _____
(Letra de Molde)
\Dirección; _____

Firma: _____

Nombre: _____
(Letra de Molde)
Dirección: _____

Firma: _____

Jurado y suscrito ante mí hoy dia _____ de _____de_____ en_____,
Puerto Rico.

Sello Notarial

_____
Notario Público

_____

JURAMENTO Y AUTORIZACIÓN:

POR LA PRESENTE declaro BAJO JURAMENTO que la información que he suministrado es exacta y verídica y AUTORIZO a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a las personas debidamente autorizadas por la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACION DE PUERTO RICO, que requiera corroborar o ampliar información ofrecida por mí en este documento. Entiendo que de ofrecer o aceptar cualquier información falsa suministrada por mí en cualquier encasillado de esta solicitud será razón suficiente para rechazar o revocar la licencia aun después del mismo haber sido expedida.

_____ _____
Fecha **Firma del (la) solicitante**

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUISITOS A SOMETER JUNTO CON ESTA SOLICITUD

1. **ORIGINAL Y COPIA del Certificado de Nacimiento. Solicitantes Extranjeros deben presentar Certificación de Status ante el Servicio de Inmigración y Naturalización (Traer Evidencia)**
2. **ORIGINAL de Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico reciente.**
3. **Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores. (ASUME)**
4. **ORIGINAL Y COPIA del Diploma o su Equivalente (Certificación de Graduación) de un Colegio o Universidad reconocida por el Consejo de Educación Superior, acreditada de haber obtenido el grado de Maestría, Doctorado en Consejería en Rehabilitación.**
5. **Transcripción Oficial de Credito expedida por la Universidad o escuela donde cursó sus estudios de Consejería en Rehabilitación. Estos documentos deben ser enviados directamente de la Institución a nuestra dirección:**

   Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación
   P.O BOX 10200
   SAN JUAN, P.R 00908 -0200

6. **TRAER DOS (2) SOBRES Pre- dirigidos con sellos (con su dirección impresa)**
7. **PAGO por la cantidad de $100.00 dólares (Esto es por derecho a examen y no serán reembolsados al solicitante.)**
   Contamos con Sistema de ATH, VISA O MASTER CARD. También puede pagar con giro Postal o Bancario pagadero al SECRETARIO DE HACIENDA.

JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACION
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 00908-0200
787-999-8989 X 3462
ctrinidad@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA

DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN

DE ASPIRANTE A REVALIDA QUE NO HA COMPLETADO EL INTERNADO

Se certifica que el aspirante _____,
es estudiante del programa/escuela graduada de consejería en rehabilitación de nuestra institución, ha completado todos los cursos académicos requeridos para participar del internado en consejería en rehabilitación.

_____

Nombre del Director (a)/ Coordinador(a)

_____

Firma del Director(a)/ Coordinador(a)

_____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

_____ _____ _____ _____

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

_____ _____ F_____ M_____ _____

Seguro Social **Fecha de Nacimiento** **Género** **Ciudadanía**

***Últimos 4 dígitos** **mes/dia /año**

_____ _____ _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

E-mail: _____

Información Personal:

Dirección Postal

_____

_____

_____

_____

Ciudad, País, Código Postal

Fecha de Graduación: _____ Grado Obtenido: _____

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____