

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales REQUISITOS PARA SOLICITAR LICENCIA PERMANENTE POR ENDOSO DE CONSEJERO PROFESIONAL

- 1. Someter la solicitud para Licencia Permanente por Endoso 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. 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. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. 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, PR 00908-0200

- 4. 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.
- 5. Identificación con foto vigente **original y copia**.
- 6. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(No mayor de seis meses)**
- 7. Resultados de Examen de NBCC. Este documento deberá ser enviado por la institución directamente a la Junta Examinadora.
- 8. Verificación de Licencia del Estado procedencia. (Good Standing).
- 9. **Un (1) sobre** pre-dirigido con sello.
- 10. Pago correspondiente por la cantidad de cien (\$100.00) dólares. <u>Pago no reembolsable</u>. Los métodos de pagos son los siguientes:
 - ATH, VISA, MASTERCARD
 - Giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda

No se aceptarán solicitudes incompletas.

PAG. 1

REV. OCTUBRE/2025



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

SOLICITUD PARA LICENCIA PERMANENTE POR ENDOSO DE CONSEJEROS PROFESIONALES

NOMBRE DEL SOLICITANTE: .						
	Apellido Paterno	Apellido	Materno S	Nombre	Inicial	
DIRECCIÓN POSTAL:	A					
ΓELEFONOS:			(-W-/)	ZWZSĘ		
Residencia	Trabajo		Celular	Otro	7	
DIRECCION ELECTRÓNICA: _					A	
		DECLA	DACIÓN HIDAD			
	DECLARACIÓN JURADA					
Comparece						
	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 en esta solicitud.					
	Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.					
URADO Y SUSCRITO ANT	ГЕ MI por		CYA	de las circui	nstancias	
oersonales antes indicad					ntificado	
conforme dispone la le	у,			CD EST	nat	
noy día de	de	en		, Puerto F	Rico.	
AFFIDÁVIT NUM.:		Calla dal				
71.11 <i>DV</i> 711 MOM"		Sello del Notario	Firma	del Notario		
		11014110		40111014110		

PAG. 2

REV. OCTUBRE/2025



División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

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? Sí No (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).					
5.	Estado Civil:					
6.	¿Tiene licencia en algún estado de los Estado es afirmativa, favor indicar el estado)	os Unidos? Sí No (Si su contestación				
	a) Estado:	_ Licencia Núm.:				
	b) Estado:	Licencia Núm.:				
	c) Estado:	Licencia Núm.:				
7.	¿Ha sido CONVICTO de algún delito grave? Sí explique)	No(Si su contestación es afirmativa,				
	PREPARACIÓN ACADEN	MICA Y PROFESIONAL				
No	mbre de la Institución:					
Dir	rección física:	PRES EST ROME				
Gra	ado obtenido: Fecha o	btención:				
PAG REV	. 3 . OCTUBRE/2025					



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:	of the state of th
DE PUERTO RICO que conocemos personaliconocimiento que es persona respetable	TA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES mente al(la) solicitante y que nos consta de propio y de buen carácter moral, que goza de buena (la) consideramos apto(a) para ejercer la profesión
NOMBRE (Letra de molde)	NOMBRE (Letra de molde)
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
(Profesión y número de licencia)	(Profesión y número de licencia)
Número de años que conoce al aspirante	Número de años que conoce al aspirante
FIRMA	FIRMA ES EST ROMEN
FECHA	FECHA

PAG. 4 REV. OCTUBRE/2025