

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

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.
- 7. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(No mayor de seis meses)**
- 8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello <u>para solicitud mediante examen.</u> Un (1) sobre pre-drigido con sello <u>para convalidación de resultados.</u>
- 9. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares. **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.

PAG. 1

REV. OCTUBRE/2025



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 soli	icitante:			(1) 659 QL			
		pellido Paterno	Apellido	Materno	Nombre	Inicial	
Dirección posta			> -				
2 ii o coioii postei				San a	53 mm		
Teléfonos:			_		ZWES	テージを	
	Residencial		Trabajo		Celular		
Correo electrónico:							
						7	
		DEC	LARACI	ÓN JURADA			
	Comparaça		may	vor de edad	***	ocino do	
	Comparece	Nombre	, Illa	or de edad,	Estado Civil	ecino de	
		, debidament					
Adhiera una		citud y que las decla ta es de mi persona t			contiene son ver	rídicas y que la	
fotografía reciente tamaño pasaporte	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.						
	ofrezca a la Junta	quier persona, corpo a Examinadora de Co liar o corroborar inf	onsejeros l	Profesionales i	nformación que		
	Acepto cumplir Profesionales.	fielmente con el Có	digo de É	tica de la Junt	a Examinadora	de Consejeros	
A C: 3 4				FIRMA	DEL SOLICITA	INTE STATE	
Afidávit núm.:				407) Zw-2	
JURADO Y SUSC	KITO ANTE MID	00r		- X/2		rcunstancias	
		quien DOY FE d			ente o naber	identificado	
conforme dispo	one la ley,				CD 46	TL.DAY	
hoy dia	_ de	de o	en		, Puer	to Rico.	
(Calla Nataria)				Firma del Notario			
(Sello Notario)				Firma del Notario			
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:		5/200		A 60 20
2. Fecha de nacimiento:		25 O		
3. Lugar de nacimiento:	King partition		7-57%	
4. Seguro social:			2 - W - 2 - 1 (c)	
5. ¿Ha sido convicto de algún delito g (Si contesta en la afirmativa, expliqu				
6. Solicita acomodo razonable:	Si	No		
¿Qué tipo de acomodo solicita?:				- 75)
	4		E3V	
DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO M PREPARACI		L CON EL TIPO DE A		JCITA.
Nombre de la Institución:				
Dirección física:				
				1 2 1 / L
		40		S. S. S.
		1515	es as	men
Grado obtenido: Fecha obtención:				150 Hr

PAG. 3

REV. 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