



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**  
Departamento de Salud

**JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN  
DE PUERTO RICO**  
P.O. Box 10200  
San Juan, Puerto Rico 00908-0200  
(787) 999-8989 ext. 6590  
calrodriguez@salud.gov.pr

---

# **Solicitud de Re-examen Consejero en Rehabilitación**

## Examen Teórico

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELEFONOS: \_\_\_\_\_

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

### REQUISITOS:

1. GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* por la cantidad de **\$50.00** dólares.  
(Ahora contamos con Sistema de ATH)
2. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de tres (3) meses de antelación a la fecha que solicita examen.

**NOTA: NO SE PROCESARA LA SOLICITUD DE RE-EXAMEN**, si no somete **TODOS** los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.