

SOLICITUD DE LICENCIA Y/O CERTIFICACION

Nombre Oficial de la Facilidad

Seguro Social Patronal

Nombre del Director o Persona Encargada

Dirección Física de la Facilidad

Calle, Edificio, Oficina o Carretera

Urbanización, Sector, Barrio o Comunidad

Teléfono

Fax

Dirección Postal de la Facilidad

Calle, Número, Urbanización u Oficina

Municipio y Zona Postal

Correo Electrónico (E-mail)

Número de Incorporación

Fecha de Incorporación

mm/dd/año

Propietario

Individual
 Sociedad
 Gobierno Estatal
 Gobierno Municipal
 Corporación con fines de lucro
 Corporación sin fines de lucro
 Indique Número

Preparación Académica del Registrado

Escuela Superior
 Grado Asociado
 Bachillerato
 Maestría
 Grado Doctoral

Clasificación de la Institución (marque las alternativas que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casa de Salud - CS | <input type="checkbox"/> Hogar de Salud Mental para Niños y/o Adolescentes - HSMNA |
| <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Salud Mental - CCSM | <input type="checkbox"/> Hogar de Sintomatología Persistente de Salud Mental - HSPSM |
| <input type="checkbox"/> Centro de Detox Sustancias y/o Alcohol - Interno - CDSAI | <input type="checkbox"/> Hogar de Sustancias para Niños y/o Adolescentes - HSNA |
| <input type="checkbox"/> Centro de Detox Sustancias y/o Alcohol - Ambulatorio - CDSAA | <input type="checkbox"/> Hogar de Vida Independiente - HVI |
| <input type="checkbox"/> Centro de Prevención para la Salud Mental y/o Sustancias - CPSMS | <input type="checkbox"/> Hogar Geriátrico de Salud Mental - HGESM |
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud Mental - CSM | <input type="checkbox"/> Hogar Geriátrico Encamado de Salud Mental - HGEESM |
| <input type="checkbox"/> Centro de Servicio Psicosocial - CSP | <input type="checkbox"/> Hogar Geriátrico Prolongado de Salud Mental - HGPSM |
| <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento Ambulatorio Drogas y/o Alcohol - CTADA | <input type="checkbox"/> Hogar Grupal de Salud Mental - HGSM |
| <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento Residencial Sustancias y/o Alcohol - CTRSA | <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto de Salud Mental - HSSM |
| <input type="checkbox"/> Clínica Ambulatoria de Salud Mental - CASM | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico - HPSM |
| <input type="checkbox"/> Clínica Ambulatoria de Sustancias - CASC | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico Forense - HPSF |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Buprenorfina - CB | <input type="checkbox"/> Programa de Ayuda al Empleado - PAE |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Proveedores de Salud Mental - GPSM | <input type="checkbox"/> Programa de Consejería de Alcohol sobre la Ley 22 - PCA |
| <input type="checkbox"/> Hogar Condiciones Especiales de Salud Mental - HCESM | <input type="checkbox"/> Sala Estabilizadora Salud Mental - SESM |
| <input type="checkbox"/> Hogar Cuidado Prolongado Salud Mental - HCPSM | <input type="checkbox"/> Unidad Transicional de Salud Mental - UTSM |

PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA FACILIDAD

Nombre		Puesto		

PERSONAL PROFESIONAL CLINICO DE LA FACILIDAD (adjuntar hoja aparte de ser necesario)

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

Nombre		Puesto		
Número de Licencia	Registro	Colegiación	Licencia Narcóticos Estatal	Licencia Narcóticos Federal

CERTIFICACION

Firma del Solicitante

Fecha

Affidávit Número _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ de las circunstancias
personales mencionadas antes descritas y a quien doy FE de conocer personalmente ó por su
identificación número _____.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20____.

NOTARIO PUBLICO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Para ser completada por la División de Certificación, Licenciamiento y Seguridad

Licencia Inicial **Renovación** **Certificación** **Re-Certificación**

DETERMINACION

Aprobación de Licencia **Provisional** **Regular**

Número de Licencia _____

Vigencia desde _____ hasta _____

Denegación de Licencia Razón: _____

Nombre del Revisor _____ Fecha _____

Observaciones

**Pegar
Sello de
Hacienda
Aqui**