



ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN
OFICINA DE ORGANISMOS REGULADORES

SOLICITUD DE LICENCIA O CERTIFICACIÓN

I. Nombre Oficial de la Facilidad

[Empty text box for facility name]

Seguro Social Patronal

Teléfono

Facsimil

[Empty form for Social Security Patronal]

[Empty form for Phone]

[Empty form for Facsimil]

Dirección Física de la Facilidad

[Empty text box for physical address]

Calle, Edificio, Oficina o Carretera

[Empty text box for street/building/office/road]

Urbanización, Sector, Barrio o Comunidad

Municipio

Código Postal

[Empty form for Urbanization]

[Empty form for Municipality]

[Empty form for Postal Code]

Dirección Postal de la Facilidad

[Empty text box for postal address]

Calle, Número, Urbanización u Oficina

[Empty text box for street/number/urbanization/office]

Municipio

Código Postal

Correo Electrónico (E-mail)

[Empty form for Municipality]

[Empty form for Postal Code]

[Empty form for E-mail]

II. Propietario

Individual

Sociedad

Gobierno Estatal

Gobierno Municipal

Fecha de
Incorporación

Corporación con fines de lucro

Corporación sin fines de lucro

[Empty form for incorporation number]

[Empty form for incorporation date]

Mayor de Edad

dia/mes/año

[Empty text box for director name]

SÍ

NO

Estado Civil

Soltero(a)

Casado(a)

Viudo(a)

Divorciado(a)

Profesión (A qué se dedica)

[Empty text box for profession]

Preparación Académica del Solicitante

Escuela Superior

Grado Asociado

Bachillerato

Maestría

Grado Doctoral

Dirección Física

[Empty text box for physical address]

Calle, Edificio, Oficina o Carretera

[Empty text box for street/building/office/road]

Urbanización, Sector, Barrio o Comunidad

Municipio

Código Postal

[Empty form for Urbanization]

[Empty form for Municipality]

[Empty form for Postal Code]

Dirección Postal

[Empty text box for postal address]

Calle, Número, Urbanización u Oficina

[Empty text box for street/number/urbanization/office]

Municipio

Código Postal

Correo Electrónico (E-mail)

[Empty form for Municipality]

[Empty form for Postal Code]

[Empty form for E-mail]

SOLICITUD DE LICENCIA O CERTIFICACIÓN

IV. Clasificación de licencia de la Institución (marque las alternativas que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicio Transicional de Salud Mental – STSM <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sustituto<input type="checkbox"/> Grupal<input type="checkbox"/> Sintomatología Persistente<input type="checkbox"/> Condiciones Especiales<input type="checkbox"/> Geriátrico<input type="checkbox"/> Niños y Adolescentes | <input type="checkbox"/> Servicios de Tratamiento Ambulatorio para Sustancias – STAS <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tratamiento Ambulatorio para Sustancias<input type="checkbox"/> Programa de Consejería de Alcohol (Ley Núm. 22)¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> Servicios Ambulatorios de Salud Mental - SASM <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Clínica Ambulatoria de Salud Mental<input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial<input type="checkbox"/> Programa de Jugadores Compulsivos | <input type="checkbox"/> Servicio de Tratamiento Residencial para Sustancias – STRS <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial para Sustancias<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial para Sustancias de Niños y Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Tratamiento Residencial de Salud Mental - STRSM <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Transicional de Salud Mental<input type="checkbox"/> Vida Independiente<input type="checkbox"/> Residencial de Niños y Adolescentes | <input type="checkbox"/> Servicio de Tratamiento para Desintoxicación Ambulatorio - STDA |
| <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico - HP <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría General<input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría Forense | <input type="checkbox"/> Servicio de Tratamiento para Desintoxicación Transicional - STDT |
| <input type="checkbox"/> Sala Estabilizadora - SE | <input type="checkbox"/> Servicio de Tratamiento para Opiáceos – STO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Servicios de Buprenorfina<input type="checkbox"/> Medicación Asistida con Metadona |
| | <input type="checkbox"/> Servicio de Prevención y Promoción para la Salud Mental y Sustancias – SPP |
| | <input type="checkbox"/> Programa de Ayuda al Empleado - PAE |

V. Facilidades Físicas

Tipo de construcción: Concreto Madera Acero Combinado

Número de Edificios Número de Pisos

Capacidad de Camas

Camas Residenciales (si aplica)

Camas de Detox (si aplica)

Tipo de Clientela (Varones, Damas o Mixta)

_____ Masculinos _____ Femeninas

_____ Masculinos _____ Femeninas

Censo al momento de la radicación de la licencia

Edades 0 a 12 _____ Masculinos _____ Femeninas

13 a 17 _____ Masculinos _____ Femeninas

18 a 21 _____ Masculinos _____ Femeninas

22 a 59 _____ Masculinos _____ Femeninas

60 en adelante _____ Masculinos _____ Femeninas

SOLICITUD DE LICENCIA O CERTIFICACIÓN

VIII. Personal Profesional Clínico de la Facilidad (adjuntar hoja 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

SOLICITUD DE LICENCIA O CERTIFICACIÓN
CERTIFICACIÓN

Firma del Solicitante
Afidávit Número _____

Fecha

Jurado y suscrito ante mí por _____, en representación de _____, de las circunstancias personales antes descritas y a quien doy fe de conocer personalmente ó por su identificación _____, número _____.
En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20__.

NOTARIO PÚBLICO

*Pegar Sello de
Asistencia Legal
Aquí*

PARA USO OFICIAL
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

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

Licencia Inicial Renovación Certificación Re-Certificación

DETERMINACIÓN

Aprobación de Licencia o Certificación: Provisional Regular

Número de Licencia o Certificación _____ Vigencia: desde _____ hasta _____

Denegación de Licencia o Certificación Razón: _____

Nombre del Oficial: _____ Fecha: _____

Observaciones:

