



DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, mayor de edad, declarante, en calidad de representante y persona autorizada de la institución _____ ubicada en _____, Puerto Rico, declaro bajo juramento:

1. Que mis circunstancias son las antes mencionadas.
2. Que durante la vigencia de la licencia solicitada la institución de referencia no brindará terapias de conversión o reparativas a menores de 18 años según definida a continuación:
 - a. Son aquellas intervenciones realizadas por una persona natural, entidad o un profesional licenciado para proveer servicios de salud mental en Puerto Rico que vayan en contra de la voluntad del paciente o que supongan un atentado contra la dignidad humana y que afirmen que resultarán en una reversión de la orientación sexual o identidad de género del paciente o del cliente o que es necesario un cambio en la orientación sexual o identidad de género del paciente o cliente; que contemplen que el paciente se someta a un malestar físico a través de un tratamiento aversivo que cause náuseas, vómitos u otras sensaciones físicas desagradables o proporcionen una descarga eléctrica u otra terapia eléctrica, incluida la terapia electroconvulsiva o la estimulación magnética transcranial. Las terapias de conversión o reparativas no contemplan aquellas orientaciones que sean neutrales con respecto a la orientación sexual y la identidad de género; que brinden asistencia a un paciente o cliente en transición de género; que exploren los presupuestos y objetivos del paciente o cliente para permitirle decidir cómo quiere identificarse a sí mismo y vivir su orientación sexual o identidad de género; que proporcionen aceptación, apoyo y comprensión de la orientación sexual y la identidad de género de un paciente o cliente, sin un objetivo de tratamiento *a priori*, que faciliten la capacidad de un paciente o cliente para hacer frente y desarrollar apoyo social, y explorar o desarrollar su identidad propia; que aborden actividades sexuales ilegales, inseguras, prematrimoniales o extramatrimoniales de manera neutral con respecto a cualquier orientación sexual; que discutas con un paciente o cliente las creencias o prácticas morales o religiosas del paciente o cliente de manera respetuosa y objetiva si el paciente así lo autoriza; o que ofrezca aceptación, apoyo y comprensión de las creencias o prácticas morales o religiosas de un paciente o cliente para vivir su orientación sexual e identidad de género.
3. Que la presente declaración jurada se presta en cumplimiento con la Orden Ejecutiva OE-2019-016 y con el Reglamento de Licenciamiento de la ASSMCA Núm. 9453.
4. Que todo lo anterior es verdadero y que entiendo que brindar información falsa a la ASSMCA es una causal para denegar, suspender o revocar cualquier licencia o imponer multa administrativa.

Suscrita hoy ___ de _____ de ___, en _____, Puerto Rico.

Firma de declarante

Afidávit Núm. _____

Suscrita y jurada ante mí por _____, a quien he identificado mediante los mecanismos permitidos por la ley notarial. Hoy ___ de _____ de ___, en _____, Puerto Rico.

Firma del notario

"Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2023-00076"

