



## FORMULARIO DE REGISTRO

LLENAR A LETRA MOLDE

<b>NOMBRE:</b>	<b>GÉNERO:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> (AÑO/MES/DÍA):	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>
<b>SEGURO SOCIAL</b> (COMPLETO):	<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>

<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	
<b>DIRECCIÓN POSTAL:</b>	
<b>DIRECCIÓN FÍSICA:</b>	
<b>NÚMERO DE TEL. RESIDENCIAL:</b>	<b>NÚMERO DE TEL. CELULAR:</b>

<b>PROFESIÓN:</b>	
<b>EJERCENDO PROFESIÓN:</b> EN PR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FUERA DE PR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>NÚMERO DE LICENCIA:</b>	<b>NÚMERO DE REGISTRO:</b>
<b>FECHA EXPEDICIÓN DE LICENCIA:</b>	<b>FECHA EXPIRACIÓN DE REGISTRO:</b>
<b>PUEBLO/ESTADO DONDE EJERCE PROFESIÓN:</b>	<b>TÉLEFONO DE TRABAJO:</b>

Año de graduación:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> No se graduó	
Grado más alto que posee:	<input type="text"/>
Institución donde se graduó de su profesión:	
Ciudad o Estado	<input type="text"/>
Institución	<input type="text"/>
Indique la especialidad e institución en la que se graduó.	
Especialidad	<input type="text"/>
Ciudad o Estado	<input type="text"/>
Institución	<input type="text"/>
Horas de práctica dedicadas	<input type="text"/>
Año que terminó la especialidad	<input type="text"/>

Si al presente **no está trabajando en la profesión**, seleccione la alternativa que mejor describe su estado de empleo.

<input type="radio"/> 01. Trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión.	<input type="radio"/> 06. Retirado.
<input type="radio"/> 02. Trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión.	<input type="radio"/> 07. Incapacitado.
<input type="radio"/> 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión.	<input type="radio"/> 08. Ama de casa.
<input type="radio"/> 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo.	<input type="radio"/> 09. Adiestramiento o Estudios.
<input type="radio"/> 05. Desempleado, pero no buscando trabajo.	<input type="radio"/> 10. Otro <input type="text"/>

¿Cuál fue el último año que trabajó en la profesión o en actividades relacionadas? (No incluya años de residencia o internado.)

Año   Nunca he trabajado en mi profesión.

Número de años que ha trabajado en su profesión. (No considere como año trabajado años con periodos de inactividad de más de 6 meses continuos.)

Número de años   Nunca he trabajado en mi profesión.

## LLENAR SI SE ENCUENTRA EJERCIENDO LA PROFESIÓN

(SELECCIONE SU SECTOR PRINCIPAL DE TRABAJO. SI TRABAJA O PRACTICA EN MÁS DE UN SECTOR, ESCRIBA EN EL ESPACIO PROVISTO UN 1 EN EL SECTOR DONDE TRABAJA MÁS TIEMPO Y 2 EN EL OTRO SECTOR DE TRABAJO. SI TIENE DOS TRABAJOS EN EL MISMO SECTOR, ESCRIBA 1 Y UN 2 EN EL MISMO ESPACIO. NO SELECCIONE MÁS DE DOS SECTORES.)

**Sector principal de trabajo** al cual dedica la mayor parte del tiempo en la práctica de su profesión.

Principal:

- Sector Público
- Práctica Privada Individual
- Práctica Privada
- Sector Privado (no incluye empleo propio, se refiere a si está empleado por una institución u otro profesional)
- Trabajo Voluntario

Secundario: (Si trabaja o practica en más de un sector indíquelo aquí)

- Sector Público
- Práctica Privada Individual
- Práctica Privada
- Sector Privado (no incluye empleo propio, se refiere a si está empleado por una institución u otro profesional)
- Trabajo Voluntario

### INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA

(SELECCIONE LA INSTITUCIÓN EN DONDE TRABAJA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. ESCRIBA UN 1 EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE. SI TRABAJA EN MÁS DE UN TIPO DE INSTITUCIÓN, SELECCIONE ESTA SEGUNDA INSTITUCIÓN Y ESCRIBA UN 2 EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE. SI TIENE DOS TRABAJOS EN LA MISMA INSTITUCIÓN, ESCRIBA UN 1 Y UN 2 EN EL MISMO ESPACIO. NO SELECCIONE MÁS DE DOS INSTITUCIONES.)

#### SECTOR PRIVADO

- Hospital privado, clínica de hospitalización
- Oficina privada
- Laboratorio privado
- Dispensario, policlínica, centro de diagnóstico privado
- Farmacia
- Servicio privado de cuidado de Salud en el hogar
- Casa de salud
- Compañía de seguros médicos
- Institución para ancianos, niños e impedidos
- Institución de investigación científica
- Comercio, manufactura y/o industria
- Servicios de salud en instituciones educativas privadas
- Asociación profesional o entidad sin fines de lucro
- Otra
- Centro pediátrico de autismo

#### SECTOR PÚBLICO

- Hospital público (incluye corporación pública y centro de salud)
- Facilidades del gobierno federal
- Unidad o subunidad de salud pública
- Centro de salud familiar, centro de diagnóstico y tratamiento (dispensario)
- Casa de salud
- Centro de salud mental, centro de rehabilitación psicosocial, institución para alcohólicos y adictos a drogas
- Centro geriátrico
- Fuerzas armadas
- Agencia del gobierno estatal o municipal
- Centro de rehabilitación vocacional
- Otra
- Centro pediátrico de autismo

#### SECTOR ACADÉMICO

- Escuela o colegio de medicina u odontología
- Escuela o colegio de Enfermería
- Escuela o colegio de Farmacia
- Escuela de Salud Pública
- Escuela o colegio de Profesionales Relacionados con la Salud
- Escuela o colegio (Elemental, Superior, Vocacional)
- Escuela de psicología
- Escuela de optometría
- Otras escuelas o colegios

(INDIQUE LA POSICIÓN Y AREA DE PRÁCTICA EN LAS INSTITUCIONES DONDE TRABAJA. ESCRIBA UN 1 PARA SEÑALAR LA PRIMERA INSTITUCIÓN, SEGÚN LA POSICIÓN QUE OCUPA, IGUALMENTE CON LA 2.)

**POSICIÓN**

- Administrador o director
- Supervisor
- Instructor
- Head Professional
- Práctica general
- Clínica
- Consultor/Asesor/Orientador
- Oficina o Consultorio
- Trabajo privado (por su cuenta)
- Home Care
- Industrial (Ocupacional)
- Escolar
- Salud Pública (de la comunidad)
- Practicante
- Conferenciante
- Con incapacitados (o impedidos)
- Rehabilitación
- Educación especial
- Fase investigativa
- Jefe de Servicio
- Farmacia
- Inst. Envejecientes
- Otra

**AREA DE PRÁCTICA**

- Salud Pública
- Practica general
- Geriatría
- Obstetricia-Ginecología
- Intensivo o coronario
- Pediatría (Incluye Sala de Recién Nacidos)
- Psiquiatría o Salud Mental
- Emergencia – Ambulatoria
- Sala de Anestesia
- Farmacia de Comunidad
- Farmacia de Hospital
- Farmacia Industrial
- Lentes de contacto
- Desarrollo de la visión
- Medicina y cirugía mixta
- Medicina y cirugía bovina
- Medicina y cirugía equina
- Medicina y cirugía en pequeñas especies
- Programa Pecuarios Regulatorios
- Clínica
- Industrial organizacional
- Programa educación especial
- Programa escolar
- De orientación
- Investigativa
- Incapacidades física
- Administración
- Supervisión
- Docencia
- En oficina o consultorio médico
- Trabaja por su cuenta
- Práctica o domicilio
- Programa en el hogar
- Ortopedia
- Terapia física deportiva
- Cardiopulmonar
- Electrofisiología Clínica
- Oncología
- Neurología
- Rehabilitación de la mano
- Otras
- Autismo – Ley 220-2012 (Bida 15 horas)

<b>NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL:</b>	
<b>TÉLEFONO:</b>	<b>HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO SECUNDARIO:</b>	
<b>TÉLEFONO:</b>	<b>HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	

¿Cuántas **horas por semana** dedica a las siguientes actividades en la práctica de la profesión o en actividades relacionadas? Determine las actividades que le aplican de acuerdo al tipo de trabajo que realiza en la profesión. Escriba las horas en el espacio a la izquierda.

Horas	Actividades
<input type="text"/>	Prestando cuidado directo a pacientes.
<input type="text"/>	Prestando orientación o servicios a pacientes y/o comunidad.
<input type="text"/>	Despacho de recetas y asesoramiento a clientes.
<input type="text"/>	Asesoramiento a facultativos y/o clientes.
<input type="text"/>	Comercio, manufactura o industria.
<input type="text"/>	Docencia o enseñanza (se refiere a que usted se desempeña como profesor en una institución educativa).
<input type="text"/>	Adiestramiento (incluye tiempo dedicado como recurso de educación continua o adiestramiento en servicio).
<input type="text"/>	Administración, supervisión y/o coordinación.
<input type="text"/>	Investigación.
<input type="text"/>	Evaluación Psicológica.
<input type="text"/>	Servicios de embalsamamiento
<input type="text"/>	Otras. <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="text"/>	Total

## INFORMACIÓN GENERAL

PREGUNTA	RESPUESTA	PAIS	CIUDAD
¿Ha sido acusado(a) o convicto(a) de algún crimen o delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo en Puerto Rico o en algún estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	
¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## CERTIFICACIÓN, DERECHO DE PAGO, Y JURAMENTACIÓN

Incluyo:  Giro o  Cheque Certificado Fecha \_\_\_\_\_  
 Núm. Giro \_\_\_\_\_ Núm. Cheque Certificado \_\_\_\_\_

PARA USO DE RECAUDACIONES

**CERTIFICO Y JURO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA. QUE LOS CERTIFICADOS DE EDUCACIÓN CONTINÚA PRESENTADOS SON AUTÉNTICOS. AUTORIZO AL TÉCNICO DE REGISTRO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA.**

**NOTA: PROFESIONAL DEBERÁ CONSERVAR LA DOCUMENTACIÓN POR UN PERÍODO DE SEIS (6) AÑOS.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PROFESIONAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA (AÑO/MES/DIA)**

### PARA USO OFICIAL (No escriba nada en estos espacios)

Fecha de Registro \_\_\_\_\_  
(AAAA/MM/DD)

¿Cumple con los requisitos? Si  Fecha: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

No  Razón: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS EXPEDIDOS:**

Certificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Enviado por: \_\_\_\_\_ Entregado por: \_\_\_\_\_

**INGRESADO AL SISTEMA:** Operario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS:**

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200