



FORMULARIO DE REGISTRO

LLENAR A LETRA MOLDE

NOMBRE:	GÉNERO: M ☐ F ☐
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA):	LUGAR DE NACIMIENTO:
SEGURO SOCIAL (COMPLETO):	ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN POSTAL:	
DIRECCIÓN FÍSICA:	
NÚMERO DE TEL. RESIDENCIAL:	NÚMERO DE TEL. CELULAR:

PROFESIÓN:	
EJERCENDO PROFESIÓN: EN PR SI ☐ NO ☐ FUERA DE PR SI ☐ NO ☐	
NÚMERO DE LICENCIA:	NÚMERO DE REGISTRO:
FECHA EXPEDICIÓN DE LICENCIA:	FECHA EXPIRACIÓN DE REGISTRO:
PUEBLO/ESTADO DONDE EJERCE PROFESIÓN:	TÉLEFONO DE TRABAJO:

Año de graduación:	
☐ No se graduó	
Grado más alto que posee:	
Institución donde se graduó de su profesión:	
Ciudad o Estado	
Institución	
Indique la especialidad e institución en la que se graduó.	
Especialidad	
Ciudad o Estado	
Institución	
Horas de práctica dedicadas	
Año que terminó la especialidad	

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

☐ 01. Trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión.	☐ 06. Retirado.
☐ 02. Trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión.	☐ 07. Incapacitado.
☐ 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión.	☐ 08. Ama de casa.
☐ 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo.	☐ 09. Adiestramiento o Estudios.
☐ 05. Desempleado, pero no buscando trabajo.	☐ 10. Otro

¿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 EJERCENDO EN LA PROFESIÓN:

(SELECCIONE SU SECTOR PRINCIPAL DE TRABAJO. SI TRABAJA O PRACTICA EN MÁS DE UN SECTOR, ESCRIBA EN EL ESPACIO PROVISION 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 MAS 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	AREA DE PRÁCTICA
☐ Administrador o director	☐ Salud Pública
☐ Supervisor	☐ Practica general
☐ Instructor	☐ Geriatria
☐ Head Professional	☐ Obstetricia-Ginecología
☐ Práctica general	☐ Intensivo o coronario
☐ Clínica	☐ Pediatría (Incluye Sala de Recién Nacidos)
☐ Consultor/Asesor/Orientador	☐ Psiquiatria o Salud Mental
☐ Oficina o Consultorio	☐ Emergencia – Ambulatoria
☐ Trabajo privado (por su cuenta)	☐ Sala de Anestesia
☐ Home Care	☐ Farmacia de Comunidad
☐ Industrial (Ocupacional)	☐ Farmacia de Hospital
☐ Escolar	☐ Farmacia Industrial
☐ Salud Pública (de la comunidad)	☐ Lentes de contacto
☐ Practicante	☐ Desarrollo de la visión
☐ Conferenciante	☐ Medicina y cirugía mixta
☐ Con incapacitados (o impedidos)	☐ Medicina y cirugía bovina
☐ Rehabilitación	☐ Medicina y cirugía equina
☐ Educación especial	☐ Medicina y cirugía en pequeñas especies
☐ Fase investigativa	☐ Programa Pecuarios Regulatorios
☐ Jefe de Servicio	☐ Clínica
☐ Farmacia	☐ Industrial organizacional
☐ Inst. Envejecientes	☐ Programa educación especial
☐ Otra	☐ 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)

NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL:	
TÉLEFONO:	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:
DIRECCIÓN:	
NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO SECUNDARIO:	
TÉLEFONO:	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:
DIRECCIÓN:	

¿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
	Prestando cuidado directo a pacientes.
	Prestando orientación o servicios a pacientes y/o comunidad.
	Despacho de recetas y asesoramiento a clientes.
	Asesoramiento a facultativos y/o clientes.
	Comercio, manufactura o industria.
	Docencia o enseñanza (se refiere a que usted se desempeña como profesor en una institución educativa).
	Adiestramiento (incluye tiempo dedicado como recurso de educación continua o adiestramiento en servicio).
	Administración, supervisión y/o coordinación.
	Investigación.
	Evaluación Psicológica.
	Servicios de embalsamamiento
	Otras.
	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?	☐ Sí ☐ No		
¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo en Puerto Rico o en algún estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?	☐ Sí ☐ No		
¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?	☐ Sí ☐ No		
¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública?	☐ Sí ☐ No		

CERTIFICACIÓN, DERECHO DE PAGO, Y JURAMENTACIÓN

Incluyo: ☐ Giro o ☐ Cheque Certificado Fecha _____
 Núm. Giro _____ Núm. Cheque Certificado _____

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.

PARA USO DE RECAUDACIONES



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: