



FORMULARIO DE REGISTRO

LLENAR A LETRA MOLDE

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

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

PROFESIÓN:	
EJERCIENDO PROFESIÓN: EN PR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FUERA DE PR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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:	<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 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Administrador o director	<input type="checkbox"/> Salud Pública
<input type="checkbox"/> Supervisor	<input type="checkbox"/> Práctica general
<input type="checkbox"/> Instructor	<input type="checkbox"/> Geriátrica
<input type="checkbox"/> Head Professional	<input type="checkbox"/> Obstetricia-Ginecología
<input type="checkbox"/> Práctica general	<input type="checkbox"/> Intensivo o coronario
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Pediatría (Incluye Sala de Recién Nacidos)
<input type="checkbox"/> Consultor/Asesor/Orientador	<input type="checkbox"/> Psiquiatría o Salud Mental
<input type="checkbox"/> Oficina o Consultorio	<input type="checkbox"/> Emergencia – Ambulatoria
<input type="checkbox"/> Trabajo privado (por su cuenta)	<input type="checkbox"/> Sala de Anestesia
<input type="checkbox"/> Home Care	<input type="checkbox"/> Farmacia de Comunidad
<input type="checkbox"/> Industrial (Ocupacional)	<input type="checkbox"/> Farmacia de Hospital
<input type="checkbox"/> Escolar	<input type="checkbox"/> Farmacia Industrial
<input type="checkbox"/> Salud Pública (de la comunidad)	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Practicante	<input type="checkbox"/> Desarrollo de la visión
<input type="checkbox"/> Conferenciante	<input type="checkbox"/> Medicina y cirugía mixta
<input type="checkbox"/> Con incapacitados (o impedidos)	<input type="checkbox"/> Medicina y cirugía bovina
<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Medicina y cirugía equina
<input type="checkbox"/> Educación especial	<input type="checkbox"/> Medicina y cirugía en pequeñas especies
<input type="checkbox"/> Fase investigativa	<input type="checkbox"/> Programa Pecuarios Regulatorios
<input type="checkbox"/> Jefe de Servicio	<input type="checkbox"/> Clínica
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Industrial organizacional
<input type="checkbox"/> Inst. Envejecientes	<input type="checkbox"/> Programa educación especial
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Programa escolar
	<input type="checkbox"/> De orientación
	<input type="checkbox"/> Investigativa
	<input type="checkbox"/> Incapacidades física
	<input type="checkbox"/> Administración
	<input type="checkbox"/> Supervisión
	<input type="checkbox"/> Docencia
	<input type="checkbox"/> En oficina o consultorio médico
	<input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta
	<input type="checkbox"/> Práctica o domicilio
	<input type="checkbox"/> Programa en el hogar
	<input type="checkbox"/> Ortopedia
	<input type="checkbox"/> Terapia física deportiva
	<input type="checkbox"/> Cardiopulmonar
	<input type="checkbox"/> Electrofisiología Clínica
	<input type="checkbox"/> Oncología
	<input type="checkbox"/> Neurología
	<input type="checkbox"/> Rehabilitación de la mano
	<input type="checkbox"/> Otras
	<input type="checkbox"/> 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
<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 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 _____

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: