



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

FORMULARIO DE REGISTRO

LLENAR A LETRA MOLDE

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS
Y PROFESIONALES DE LA SALUD

NOMBRE:	GÉNERO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA):	LUGAR DE NACIMIENTO:
SEGURIDAD 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FUERA DE PR <input type="checkbox"/> 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 períodos 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 EJERCIENDO EN LA PROFESIÓN:

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

INFORMACIÓN GENERAL

PREGUNTA	RESPUESTA	PAÍS	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		
¿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		
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿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		
¿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: _____

DOCUMENTOS EXPEDIDOS:
Certificación _____ Fecha _____ Enviado por: _____ Entregado por: _____

INGRESADO AL SISTEMA: Operario: _____ Fecha: _____
COMENTARIOS: _____