



OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FORMULARIO DE REGISTRO

(LLENAR EN LETRA MOLDE TODO ENCASILLADO CORRESPONDIENTE)

NOMBRE:	GÉNERO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
SEGURO SOCIAL:	ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>

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

PROFESIÓN:	EJERCENDO 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(S) DONDE EJERCE PROFESIÓN:	TELÉFONO 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="checkbox"/> 01. Trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión.	<input type="checkbox"/> 06. Retirado.
<input type="checkbox"/> 02. Trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión.	<input type="checkbox"/> 07. Incapacitado.
<input type="checkbox"/> 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión.	<input type="checkbox"/> 08. Ama de casa.
<input type="checkbox"/> 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo.	<input type="checkbox"/> 09. Adiestramiento o Estudios.
<input type="checkbox"/> 05. Desempleado, pero no buscando trabajo.	<input type="checkbox"/> 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 EJERCENDO 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	
<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"/>	Conferenciante
<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

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

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"/>	<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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

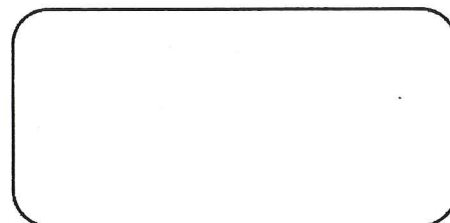
CERTIFICACIÓN, DERECHO DE PAGO, Y JURAMENTACIÓN

Incluyo:

- Giro o Cheque Certificado # _____ Fecha: _____
 Visa, Master Card o Ath

PARA USO DE RECAUDACIONES

CERTIFICO Y JURO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA. QUE LOS CERTIFICADOS DE EDUCACIÓN CONTINUA 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.

AÑO MES DIA

FIRMA

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: