



Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico

PO Box 360206, San Juan, PR 00936-0206

•Teléfono: (787) 753-7157 •Fax: (787) 759-9793

•Website: www.cfpr.org •Email: colegiacion@cfpr.org

HOJA INFORMATIVA PARA EXPEDIENTE DEL COLEGIADO

Para el trámite de su colegiación anual será imprescindible enviar este formulario con todos los datos solicitado, en forma clara, precisa, y completa para poder tener su expediente al día. Tan pronto ocurra algún cambio en su información deberá notificarlo al CFPR.

Fecha _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

*Núm. Licencia Profesional _____ *Núm. de NABP _____

Últimos 4 Dígitos del Núm Seguro Social ____ _ _ _ _ Fecha de Nacimiento _____
Mes / Día / Año

*Dirección Postal:

Zip Code _____

Se le incluirá a la Región correspondiente de acuerdo a su dirección postal. Si usted prefiere pertenecer a la Región donde ejerce, favor indicarlo en el siguiente encasillado. (si no lo desea, déjelo en blanco).

Municipio donde ejerce: _____ Zip Code: _____

*Correo Electrónico: _____

*Teléfonos: _____

* Teléfono Residencia

*Celular

Nombre Compañía Celular

*Teléfono del Empleo

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Grado Obtenido Año

Institución

____ Bachiller en Ciencias Farmacéuticas _____

____ PharmD _____

Otros

____ Doctor en Medicina _____

____ Doctor en Odontología _____

____ Juris Doctor _____

____ Otro _____

*Sigue al dorso **INFORMACIÓN DE SU PRÁCTICA PROFESIONAL**

***INFORMACIÓN DE SU PRÁCTICA PROFESIONAL**

___ Farmacia de Comunidad
___ Independiente
___ Cadena

*Municipio donde ejerce su profesión:

___ Sistema de Salud
___ Hospital de Gobierno Estatal
___ Hospital de Gobierno Federal
___ Hospital de Gobierno Municipal
___ Hospital Privado
___ CDT Privado
___ CDT Gobierno
___ Institución Penal
___ Fondo del Seguro del Estado
___ Otro (indica cuál):

*Posición que ocupa:
___ Propietario o socio
___ Gerente o Director
___ Farmacéutico Regente
___ Farmacéutico de Staff
___ Consultor
___ Educador
___ Investigador
___ Otra (indique cuál)

___ Industria Farmacéutica
___ Manufactura
___ Mercadeo/Venta
___ Otra Área (indica cuál):

Horario de trabajo semanal
___ Hasta 10 horas ___ 11-20 horas
___ 21-30 horas ___ 31 a 40 horas
___ Más de 40 horas

___ Distribuidor/Droguería

___ Educación Farmacéutica
___ Farmacéutico
___ Técnico de Farmacia

CUÁL ES SU INGRESO ANUAL
___ Menos de \$20,000 ___ 40,001 – 49,000
___ 20,001 – 29,000 ___ 50,001 –59,000
___ 30,001 – 39,000 ___ 60,001 ó más

___ Aseguradoras/PBM
___ Plan de Seguro de Salud
___ PBM

___ Agencia fiscalizadora
___ Estatal
___ Federal

___ Retirado de la profesión

___ Me desempeño en otra área
(indique cuál)

*Nombre de la Compañía donde trabaja:

PARA USO ADMINISTRATIVO DEL CFPR
PAGO DE CUOTA COLEGIACIÓN
 100% Totalidad
 50% Descuento por Retiro
 Exhonerado Acuerdo Junta de Gobierno