



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:	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(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="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 EJERCIENDO 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

- Administrador o director
- Supervisor
- Instructor
- Head Professional
- Práctica general
- Clínica
- Consultor/Asesor/Orientador
- Oficina o Consultorio
- Trabajo privado (por su cuenta)
- Home Care
- Industrial (Ocupacional)
- Escolar
- Salud Pública (de la comunidad)
- Practicante
- Conferenciante
- Con incapacitados (o impedidos)
- Rehabilitación
- Educación especial
- Fase investigativa
- Jefe de Servicio
- Farmacia
- Inst. Envejecientes
- Otra

AREA DE PRÁCTICA

- Salud Pública
- Practica general
- Geriátría
- Obstetricia-Ginecología
- Intensivo o coronario
- Pediatría (Incluye Sala de Recién Nacidos)
- Psiquiatría o Salud Mental
- Emergencia – Ambulatoria
- Sala de Anestesia
- Farmacia de Comunidad
- Farmacia de Hospital
- Farmacia Industrial
- Lentes de contacto
- Desarrollo de la visión
- Medicina y cirugía mixta
- Medicina y cirugía bovina
- Medicina y cirugía equina
- Medicina y cirugía en pequeñas especies
- Programa Pecuarios Regulatorios
- Clínica
- Industrial organizacional
- Programa educación especial
- 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input 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 type="text"/>	<input type="text"/>
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input 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 type="text"/>	<input 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 _____

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 _____
(AAA/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: