



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

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

(LLENAR EN LETRA MOLDE TODO ENCASILLADO CORRESPONDIENTE)

NOMBRE:	GÉNERO: M ☐ F ☐
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
SEGURO SOCIAL:	ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐
CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN POSTAL:	
DIRECCIÓN FÍSICA:	
NÚMERO DE TEL. RESIDENCIAL:	NÚMERO DE CELULAR:
PROFESIÓN:	EJERCIENDO PROFESIÓN: EN PR si ☐ NO ☐ FUERA DE PR si ☐ NO ☐
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:

☐ No se graduó

Grado más alto que posee:

Institución donde se graduó de su profesión:

Ciudad o Estado

Institución

Indique la especialidad e institución en la que se graduó.

Especialidad

Ciudad o Estado

Institución

Horas de práctica dedicadas

Año que terminó la especialidad

(LLENAR SI NO SE ENCUENTRA EJERCIENDO LA PROFESIÓN)

Si al presente no está trabajando en la profesión, seleccione la alternativa que mejor describe su estado de empleo.

01. Trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión.	06. Retirado.
02. Trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión.	07. Incapacitado.
03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión.	08. Ama de casa.
04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo.	09. Adiestramiento o Estudios.
05. Desempleado, pero no buscando trabajo.	10. Otro

¿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.

(LUEGO PASAR A PREGUNTAS DE INFORMACIÓN GENERAL)

(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 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
☐ Administrador o director	☐ Salud Pública
☐ Supervisor	☐ Práctica general
☐ Instructor	☐ Geriátrica
☐ Head Professional	☐ Obstetricia-Ginecología
☐ Práctica general	☐ Intensivo o coronario
☐ Clínica	☐ Pediatría (Incluye Sala de Recién Nacidos)
☐ Consultor/Asesor/Orientador	☐ Psiquiatría o Salud Mental
☐ Oficina o Consultorio	☐ Emergencia – Ambulatoria
☐ Trabajo privado (por su cuenta)	☐ Sala de Anestesia
☐ Home Care	☐ Farmacia de Comunidad
☐ Industrial (Ocupacional)	☐ Farmacia de Hospital
☐ Escolar	☐ Farmacia Industrial
☐ Salud Pública (de la comunidad)	☐ Lentes de contacto
☐ Practicante	☐ Desarrollo de la visión
☐ Conferenciante	☐ Medicina y cirugía mixta
☐ Con incapacitados (o impedidos)	☐ Medicina y cirugía bovina
☐ Rehabilitación	☐ Medicina y cirugía equina
☐ Educación especial	☐ Medicina y cirugía en pequeñas especies
☐ Fase investigativa	☐ Programa Pecuarios Regulatorios
☐ Jefe de Servicio	☐ Clínica
☐ Farmacia	☐ Industrial organizacional
☐ Inst. Envejecientes	☐ Programa educación especial
☐ Otra	☐ Programa escolar
	☐ De orientación
	☐ Investigativa
	☐ Incapacidades físicas
	☐ 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?	☐ Sí ☐ No		
¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo en Puerto Rico o en algún estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país?	☐ Sí ☐ No		
¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?	☐ Sí ☐ No		
¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?	☐ Sí ☐ No		
¿En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública?	☐ Sí ☐ 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.

AS

AÑO MES DÍA

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: