Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico

Página de Internet - http://www.cpepr.org

Número de Licencia: _____ **Núm. de Colegiado:** _____ **Fecha:** ___ /___ / 200__

Nombre: _____ **Cantidad a pagar: $**_____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Años correspondiente al pago: _____

(Por favor escribir en letra de molde) ***** S O L A M E N T E C A M B I O S *****

Dirección: _____
(Postal)
_____
_____ **Zip Code:**_____

Teléfono: _____ **(Residencia)**
_____ **(Trabajo)**
_____ **(Celular)**

E-mail: _____

Seguro Social: _____

Estado civil: ( ) Soltera (o) ( ) Casada (o)
( ) Divorciada (o) ( ) Viuda (o)

Preparación Académica:
(Marque un máximo de dos (2))

( ) A = Asociado ( ) B = Bachillerato
( ) M = Maestria ( ) D = Doctorado
( ) P = Diplomas ( ) O = Otros

Categorías :
(Marque un máximo de tres (3))

( ) A = Asociada ( ) G = Generalista
( ) E = Especialista ( ) C = Certificación

mes día año
Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Sexo : ( ) Femenino ( ) Masculino

SECCIONES

(Puede marcar un máximo de tres (3) Secciones)

1. ( ) Educadoras/es
2. ( ) Retiradas/os
3. ( ) Epidemiólogas/o
4. ( ) Anestesistas
5. ( ) Psiquiatría y Salud Mental
6. ( ) Gerontología
7. ( ) Salúd Pública
8. ( ) Nefrología
9. ( ) Sala de Emergencia
10. ( ) Sala de Operaciones
11. ( ) Obstetricia Ginecología
12. ( ) Pediatría
13. ( ) Administradoras/es y Supervisoras/es
14. ( ) Salud en el Hogar y Hospicio
15. ( ) Salud Escolar
16. ( ) Otros _____
17. ( ) Salud Ocupacional
18. ( ) Intensivistas
19. ( ) Cardiología
20. ( ) Salud Correcional
21. ( ) Programa WIC
22. ( ) Enfermería Militar
23. ( ) Gastroenterología
24. ( ) Oncología
25. ( ) Práctica Avanzada
26. ( ) Estudiante
27. ( ) Desastre

CAPITULOS

(Marque solo un (1) Capítulo)

Marque el Capítulo
al que desee pertenecer

1. ( ) Arecibo
2. ( ) Bayamón
3. ( ) Carolina
4. ( ) Guayama
5. ( ) Humacao
6. ( ) Mayaguez
7. ( ) Ponce
8. ( ) San Juan
9. ( ) Extranjero/ra

Nota: Seleccione el sector de trabajo y bajo éste busque el tipo de institución en la cual trabaja

INSTITUCION PUBLICA

- ____Hospital Público(Incluye Corporacóon Publica y Centro de Salud)
- ____Facilidades del Gobierno Militar
- ____Unidad o Sub-Unidad de Salud Pública
- ____Centro de Salud Familiar, Centro de Diagnostico 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 _____ Especifique

INSTITUCION PRIVADA

- ____Hospital Privado, Clínica de Hopitalización
- ____Oficina Privada
- ____Laboratorio Privado
- ____Dispensario, Policlínica Centro de Diagnóstico Privado
- ____Farmacia o cadena de Farmacia
- ____Servicio de Cuidado de Salud en el Hogar
- ____Casa de Salud
- ____Compañia de Seguros Médicos
- ____Institución para Ancianos, Niños e Impedidos
- ____Institución de Investigación Científica
- ____Comercio, Manufactura y/o Industria
- ____Servicio de Salud en Inst. Educativas Privadas
- ____Asociación Profesional o Entidad sin Fines de Lucro
- ____Otra _____ especifique

Puesto que Ocupa _____