



Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico

Núm. Colegiado(a) _____ Núm. Licencia _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Cantidad a Pagar: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Años correspondientes al pago _____ Pago online: www.cpepr.org

*****AVISO IMPORTANTE ACTUALIZE SU INFORMACIÓN*****

<p><u>DIRECCIÓN POSTAL</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><u>NÚMEROS DE TELÉFONOS</u></p> <p>Residencia: _____</p> <p>Trabajo: _____ Ext. _____</p> <p>Celular: _____</p> <p>E-mail: _____</p>
------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>SECCIONES</u></p> <p>1. () Educadoras/es</p> <p>2. () Retiradas/os</p> <p>3. () Enfermeras/os Anestésistas</p> <p>4. () Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría</p> <p>5. () Administradoras/es en Enfermería</p> <p>6. () Enfermería en Salud Escolar</p> <p>7. () Enfermería en Salud Ocupacional y Ambiental</p> <p>8. () Enfermería en Salud Correccional</p> <p>9. () Enfermería en Desastres</p> <p>10. () Enfermería en Cuidado y Manejo Avanzado de Piel y Heridas</p> <p>11. () Enfermería en Forense</p> <p>12. () Enfermería en Vacunación</p> <p>13. () Enfermería en Renal</p> <p>14. () Enfermeras/os Practicantes (Nurse Practitioner)</p> <p>Nota: Seleccione una sección de su interés</p>	<p><u>CAPÍTULOS *</u> Marque solo uno (1)</p> <p>1. () Arecibo</p> <p>2. () Bayamón</p> <p>3. () Carolina</p> <p>4. () Guayama</p> <p>5. () Humacao</p> <p>6. () Mayagüez</p> <p>7. () Ponce</p> <p>8. () San Juan</p> <p>9. () No Residente</p> <p>Para Cambio de Capítulo por lugar de trabajo indique: Patrono _____ Dirección _____ _____ Pueblo _____ Tel. _____ Ext. _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*CAPITULOS -Cambio de Capítulo. (En el Reglamento del CPEPR, Capítulo XVII Artículo 2-a. Los Capítulos se componen de colegiados que mantienen su residencia o sitio de trabajo dentro de los límites geográficos de un capítulo específico. En caso de cambio de Capítulo, el colegiado será responsable de notificarlo al colegio, y dicho cambio será efectivo en el próximo pago de cuota.)

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

<p style="text-align: center;">INSTITUCIÓN PÚBLICA</p> <p>___ Hospital Público (Corporación Pública y Centro de Salud)</p> <p>___ Facilidades del Gobierno Militar</p> <p>___ Unidad o Sub-Unidad de Salud Pública</p> <p>___ Centro de Salud Familiar, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (Dispensario)</p> <p>___ Casa de Salud</p> <p>___ Centro de Salud Mental, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Institución para Alcohólicos y Adictos a Drogas</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUCIÓN PRIVADA</p> <p>___ Hospital Privado, Clínica de Hospitalización</p> <p>___ Oficina Privada</p> <p>___ Laboratorio Privado</p> <p>___ Dispensario, Policlínica</p> <p>___ Centro de Diagnóstico Privado</p> <p>___ Farmacia o cadena de Farmacia</p> <p>___ Servicio de Salud en el Hogar</p> <p>___ Casa de Salud</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

___ Compañía 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 _____

Categorías de Enfermera/o: () Asociada/o () Generalista () Especialista () Práctica Avanzada () Doctorado