



Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico

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

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

Año correspondiente al pago: _____ Pago online: www.cpepr.org

<u>DIRECCIÓN POSTAL</u>	<u>NÚMEROS DE TELÉFONOS</u>
_____	Residencia: _____
_____	Trabajo: _____ Ext. _____
_____	Celular: _____
_____	Email: _____

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

CAPÍTULOS * Seleccione solo uno (1)

- | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------|
| 1() Arecibo | 4() Guayama | 7() Ponce |
| 2() Bayamón | 5() Humacao | 8() San Juan |
| 3() Carolina | 6() Mayagüez | 9() No Residente |

Si realizó cambio de capítulo favor seleccionar la razón.

- Dirección
- Lugar de Trabajo (indique) Patrono: _____
 Dirección: _____
 Tel: _____

SECCIONES: Seleccione conforme a su especialidad o área de trabajo. (Máximo 3)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educadoras/es
<input type="checkbox"/> Retiradas/os
<input type="checkbox"/> Enfermería en Anestesia
<input type="checkbox"/> Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Administradoras/es en Enfermería
<input type="checkbox"/> Enfermería en Salud Escolar
<input type="checkbox"/> Enfermería en Salud Ocupacional y Ambiental
<input type="checkbox"/> Enfermería Intensivista (Cuidado Crítico) | <input type="checkbox"/> Enfermería en Salud Correccional
<input type="checkbox"/> Enfermería en Desastres
<input type="checkbox"/> Enfermería en Forense
<input type="checkbox"/> Enfermería en Vacunación
<input type="checkbox"/> Enfermería en Renal
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner
<input type="checkbox"/> Enfermería en Informática |
|---|---|

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

INSTITUCIÓN PÚBLICA

- Hospital Público (Corporación Pública y Centro de Salud)
- Facilidades del Gobierno Militar
- Unidad o Sub-Unidad 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 _____

INSTITUCION PRIVADA

- Hospital Privado, Clínica de Hospitalización
- Oficina Privada
- Laboratorio Privado
- Dispensario, Policlínica, Centro de Diagnostico Privado
- Farmacia o Cadena de Farmacia
- Servicio 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
- Servicio de Salud en Instituciones Educativas Privadas
- Asociación Profesional o Entidad sin Fines de Lucro
- Otra _____