



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

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 _____