



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA Y ESTUDIOS PROFESIONALES
PROVEEDOR 00056**

HOJA DE MATRÍCULA

- Favor de llenar esta hoja en **LETRA DE MOLDE**.

Título de la educación _____

Fecha de la actividad _____

Nombre del participante: _____

(Letra de molde)

Dirección Postal _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Lugar de trabajo: _____

Profesión: **Favor de marcar la profesión para la cual está solicitando el certificado**

- | | |
|---|--|
| _____ Consejero en Rehabilitación | _____ Administrador Servicios de Salud |
| _____ Consejero Profesional | _____ Dietista |
| _____ Educador/a en Salud | _____ Asist. Dental |
| _____ Educador/a Salud Comunal | _____ Higienista Dental |
| _____ Enfermero/a Especialista | _____ Nutricionista/ Dietista |
| _____ Enfermero/a Generalista | _____ Téc. Cuidado Respiratorio |
| _____ Enfermero/a Grado Asociado (ADN) | _____ Tec. Emergencias Médicas |
| _____ Enfermero/a Práctica Licenciada (LPN) | _____ Tecnólogo Dental |
| _____ Psicólogo/a | _____ Tec. En Radiología |
| _____ Terapeuta físico /Asistente | _____ Terapeuta Ocupacional |
| _____ Audiólogo | _____ Terapeuta de masaje |

Número de licencia profesional: _____

Firma: _____

Para el uso del personal de Educación Continua

Total del Pago: _____ Fecha: _____ Forma de Pago:

- ATH
- Efectivo
- Cheque Núm. de Cheque: _____
- Giro Núm. De Giro: _____
- Tarjeta de Crédito

Por: _____

Núm. Recibo: _____