



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



**HOJA DE MATRÍCULA**

- *No se aceptará matrícula sin el pago correspondiente.*

Título de la actividad: \_\_\_\_\_

Fecha de la actividad: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Telf. residencia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Profesión:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administrador de Servicios de Salud   | <input type="checkbox"/> Médico                   |
| <input type="checkbox"/> Asistente Dental                      | <input type="checkbox"/> Naturópata               |
| <input type="checkbox"/> Asistente Terapia Física              | <input type="checkbox"/> Nutricionista / Dietista |
| <input type="checkbox"/> Asistente Terapia Ocupacional         | <input type="checkbox"/> Óptico                   |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo                             | <input type="checkbox"/> Optómetra                |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmacia                  | <input type="checkbox"/> Patólogo del Habla       |
| <input type="checkbox"/> Consejero en Rehabilitación           | <input type="checkbox"/> Podiatra                 |
| <input type="checkbox"/> Consejero Profesional                 | <input type="checkbox"/> Psicólogo/a              |
| <input type="checkbox"/> Dentista                              | <input type="checkbox"/> Quiropráctico            |
| <input type="checkbox"/> Doctor/a en Naturopatía               | <input type="checkbox"/> Téc. Emerg. Médicas      |
| <input type="checkbox"/> Educador/a en Salud                   | <input type="checkbox"/> Tecnólogo/a Médico       |
| <input type="checkbox"/> Educador/a Salud Comunal              | <input type="checkbox"/> Técnico Cuidado Resp.    |
| <input type="checkbox"/> Enfermero/a Especialista              | <input type="checkbox"/> Tecnólogo/a Dental       |
| <input type="checkbox"/> Enfermero/a Generalista               | <input type="checkbox"/> Tecnólogo/a Radiológico  |
| <input type="checkbox"/> Enfermero/a Grado Asociado (ADN)      | <input type="checkbox"/> Terapeuta del habla      |
| <input type="checkbox"/> Enfermero/a Práctica Licenciada (LPN) | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico         |
| <input type="checkbox"/> Enfermero/a Obstreta                  | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional    |
| <input type="checkbox"/> Embalsamador                          | <input type="checkbox"/> Terapeuta Respiratorio   |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a                        | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |
| <input type="checkbox"/> Higienista General                    |   |

Firma: \_\_\_\_\_

***Para el uso del personal de la División de Educación Continua:***

Total del Pago: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Efectivo
- Cheque      Núm. de Cheque: \_\_\_\_\_
- Giro          Núm. De Giro: \_\_\_\_\_
- Tarjeta de Crédito

Por: \_\_\_\_\_