



UPR, RCM, Escuela de Enfermería
 División de Educación Continua y Estudios Profesionales
 PO Box 365067, San Juan, PR 00936-5067
 TEL. (787) 758-2525 x-1187/1097 FAX. (787) 759-3644
 EMAIL: doris.hernandez1@upr.edu olga.bermudez@upr.edu



PROVEEDOR 00056

HOJA DE MATRICULA MÓDULOS INSTRUCCIONALES

Nombre completo: _____ Dirección Postal: _____

_____ Lugar de Trabajo: _____ Trab. (787) _____

Teléfonos: Res. (787) _____ Cel. () _____ Profesión: _____

Correo Electrónico 1: _____ Correo Electrónico 2: _____

TEMA	AUDIENCIA	HORAS CONTACTO*	COSTO
<input type="checkbox"/> Control de Infecciones, VIH, Hep., ZIKA , Influenza y Tuberculosis	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERIA \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Identificación , Reporte de Abuso y Maltrato de Niños , Adultos y Viejos	MULTIDISCIPLINARIO	6	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Lactancia Materna	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Salud Integral del Adolescente	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Ley ADA	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Prevención y Manejo de Caídas en el Hogar del Adulto Viejo	MULTIDISCIPLINARIO	6	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Las Guías de Cuidado Preventivo Pediátrico para Puerto Rico	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS
<input type="checkbox"/> Ley HIPAA	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
<input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	MULTIDISCIPLINARIO	4	\$15.00 ENFERMERAS \$20.00 OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

* Favor de verificar en nuestra oficina las horas aprobadas para su profesión antes de comprarlo.

* PARA ENVÍO DE MÓDULOS POR CORREO FAVOR DE AÑADIR \$5.00 PARA GASTOS DE MANEJO Y ENVÍO.

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

Total del Pago: _____ Fecha: _____ Por: _____
 Firma Autorizada DECEP

- ATH
- Efectivo
- Cheque Núm. _____ Recibo Número _____
- Giro Núm. _____
- Tarjeta de Crédito