



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA Y ESTUDIOS PROFESIONALES
PROVEEDOR 00056**

HOJA DE MATRÍCULA PARA CURSOS PRESENCIALES

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

Título de la actividad: _____

Fecha de la actividad: _____

Nombre del participante: _____

Dirección postal: _____

Código postal: _____ Lugar de trabajo: _____ Horario: _____

Teléfono trabajo: _____ Tel. Residencia: _____ Celular: _____

Correo Electrónico 1: _____ Correo Electrónico 2: _____

Universidad o Colegio Graduación _____ Grado Obtenido _____ Fecha: _____

Profesión:

_____ Administrador de Servicios de Salud

_____ Asistente Dental

_____ Asistente Terapia Física

_____ Asistente Terapia Ocupacional

_____ Audiólogo

_____ Auxiliar de Farmacia

_____ Consejero en Rehabilitación

_____ Consejero Profesional

_____ Dentista

_____ Doctor/a en Naturopatía

_____ Educador/a en Salud

_____ Educador/a Salud Comunal

_____ Enfermero/a Especialista

_____ Enfermero/a Generalista

_____ Enfermero/a Grado Asociado (ADN)

_____ Enfermero/a Práctica Licenciada (LPN)

_____ Enfermero/a Obstetra

_____ Embalsamador

_____ Farmacéutico/a

_____ Higienista General

_____ Médico

_____ Naturópata

_____ Nutricionista / Dietista

_____ Óptico

_____ Optómetra

_____ Patólogo del Habla

_____ Podiatra

_____ Psicólogo/a

_____ Quiropráctico

_____ Téc. Emerg. Médicas

_____ Tecnólogo/a Médico

_____ Técnico Cuidado Resp.

_____ Tecnólogo/a Dental

_____ Tecnólogo/a Radiológico

_____ Terapeuta del habla

_____ Terapeuta Físico

_____ Terapeuta Ocupacional

_____ Terapeuta Respiratorio

_____ Otro: _____

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: _____