

Renovación de Colegiación Año 2020

A. Información del Colegiado:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Teléfono Residencial Celular Correo Electrónico

Género: Femenino Masculino No deseo opinar Otros

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 Números de S.S.: _____

Dirección Postal

Dirección Residencial Completa

B. Licencia profesional:

Número de Licencia Profesional TO Permanente _____
 ATO Provisional Año de Renovación de Próxima Licencia Profesional

*****FAVOR DE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA*****

C. Grados o Certificaciones obtenidas durante el último año:

Grado otorgado: _____

Universidad o Institución: _____

Grado otorgado: _____

Universidad o Institución: _____

D. Información de Práctica, de Empleo y Patrono:

Práctica Primaria:

Tiempo: Completo Parcial

Tipo de trabajo: Público Privado Sin Fines de Lucro

Lugar de trabajo: _____

Puesto: TO ATO

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Administración Educación Universitaria Institución Hospitalaria _____

Sub-contratado por el DE Contratación directa con el DE Centros de Rehabilitación

Instituciones penales _____ Centros de Recuperación

Hogares _____

Práctica Privada _____

Remedio Provisional Otro: _____

¿Practica algún área de especialización?: Asistencia Tecnológica Ergonomía Otros _____

Población a la que impacta: Pediátrica Salud Mental Salud Física Geriatría

Alzheimer Demencia Parkinson TBI CVA Lesiones al Cordón Espinal Autismo PEA

Discapacidad Intelectual ADD/ADHD Síndrome Down Perlesía Cerebral Cáncer VIH Fibromialgia

Depresión Adicciones _____ Amputados Ciego Impedimentos Auditivos Impedimentos Visuales

Condiciones degenerativas _____

Condiciones terminales _____ Otros _____

Práctica Secundaria:

Tiempo: Completo Parcial

Tipo de trabajo: Público Privado Sin Fines de Lucro

Lugar de trabajo: _____

Puesto: TO ATO

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

- Administración Educación Universitaria Institución Hospitalaria _____
 Sub-contratado por el DE Contratación directa con el DE Centros de Rehabilitación
 Instituciones penales _____ Centros de Recuperación
 Hogares _____
 Práctica Privada _____
 Remedio Provisional Otro: _____

¿Practica algún área de especialización?: Asistencia Tecnológica Ergonomía Otros _____

Población a la que impacta: Pediátrica Salud Mental Salud Física Geriatría

Alzheimer Demencia Parkinson TBI CVA Lesiones al Cordón Espinal Autismo PEA

Discapacidad Intelectual ADD/ADHD Síndrome Down Parálisis Cerebral Cáncer VIH Fibromialgia

Depresión Adicciones _____ Amputados Ciego Impedimentos Auditivos Impedimentos Visuales

Condiciones degenerativas _____

Condiciones terminales _____ Otros _____

E. Cuota:

Terapeuta Ocupacional \$ _____
\$125.00

Asistente en Terapia Ocupacional \$ _____
\$100.00

Se aplicará un cargo mensual para todo pago recibido luego del 31 de enero (tabla adjunta)

Mes	TO	ATO
enero	\$125.00	\$100.00
febrero	\$132.00	\$105.00
marzo	\$138.00	\$111.00
abril	\$145.00	\$116.00
mayo	\$152.00	\$122.00
junio	\$160.00	\$128.00
julio a dic.	\$168.00	\$135.00

Realice el pago con giro o Cheque Certificado (**no se aceptan cheques personales**):

A nombre de: Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)

A la siguiente dirección: PO Box 361558, San Juan, PR 00936-1558

Puede pagar por internet con Visa o Master Card, accedando nuestra página: <http://www.cptopr.org>

- Apruebo que mi información sea provista a terceros
 No apruebo que mi información sea provista a terceros

Firma

Fecha