

### SOLICITUD DE INGRESO AL COLEGIO

#### I. Identificación del Solicitante

\_\_\_\_\_ D / M / A  
 Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre e Inicial                      Fecha de Nacimiento

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

II. Licencia Profesional de:     Terapeuta Ocupacional                       Asistente en Terapia Ocupacional

A:  Provisional    # \_\_\_\_\_ Fecha de otorgación: \_\_\_\_\_ D / M / A    Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ D / M / A

B:  Permanente    # \_\_\_\_\_ Fecha de otorgación: \_\_\_\_\_ D / M / A    Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ D / M / A

C: Registro Profesional:    # \_\_\_\_\_ Fecha de otorgación: \_\_\_\_\_ D / M / A    Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ D / M / A

Últimos 4 dígitos S.S. \_\_\_\_\_

#### III. Preparación Académica:

Género:  Femenino  
 Masculino  
 No deseo opinar  
 Otro

A. Por la que se le otorgó licencia profesional:

Universidad: \_\_\_\_\_

Grado Otorgado: \_\_\_\_\_

Año de graduación: \_\_\_\_\_ D / M / A

B. Otros grados obtenidos:

Universidad: \_\_\_\_\_

Grado Otorgado: \_\_\_\_\_

Año de graduación: \_\_\_\_\_ D / M / A

Universidad: \_\_\_\_\_

Grado Otorgado: \_\_\_\_\_

Año de graduación: \_\_\_\_\_ D / M / A

#### IV: Información de Práctica, de Empleo y Patrono: Si tiene más de dos empleos, puede utilizar hojas adicionales.

##### 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  Parálisis 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 \_\_\_\_\_

V: Documentos requeridos con esta solicitud:

- Copia de la Licencia Profesional y Recertificación o copia de la licencia provisional, si aplica
  - Copia de una tarjeta de identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte o Real I.D.)
- \*Se requiere que al momento de comenzar a trabajar informe lugar, dirección y área de especialidad en la cual presta el servicio.

(Verificar en el Colegio cantidad a pagar, ya que depende de la fecha de otorgación de su licencia)

VI: Cuota a pagar  Terapeuta Ocupacional \$ \_\_\_\_\_  Asistente en Terapia Ocupacional \$ \_\_\_\_\_

**Adjunto**  cheque certificado (no se aceptan cheques personales) # \_\_\_\_\_  giro postal # \_\_\_\_\_.

Favor de realizar el pago a nombre de: **Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)**

PO Box 361558  
 San Juan, Puerto Rico 00936-1558

De conformidad con lo que estipula la Ley 183 del 11 de diciembre de 2007 y el Reglamento del Colegio, someto mi solicitud como miembro del mismo. Certifico que los datos que he ofrecido son ciertos y autorizo al Colegio a verificar los mismos.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha (m/d/a)

**Nota:** La información que se recopila en esta hoja de datos es para uso oficial del Colegio. Se usará para propósitos internos de naturaleza informativa, educativa o estadística; no se reproducirá ni se facilitará a terceros; se garantiza la confidencialidad de los datos y el uso de ésta no afectará los derechos y beneficios de los colegiados.

**Bienvenidos al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico.**

Intégrate a tu colegio participando de las comisiones y comités de trabajo. Asiste a las Asambleas que se lleven a cabo.