



PO Box 70169 ▪ San Juan, PR 00936  
 Tel. 787-751-5979 ▪ Fax 787-751-6592

Web: [www.colegiomedicopr.org](http://www.colegiomedicopr.org) ▪  
[registraduria@colegiomedicopr.org](mailto:registraduria@colegiomedicopr.org) ▪ [info@colegiomedicopr.org](mailto:info@colegiomedicopr.org)

**FORMULARIO PARA COLEGIADOS DE NUEVO INGRESO Y HOJA INFORMATIVA  
 DEPARTAMENTO DE REGISTRADURIA**

NÚMERO DE LICENCIA

NÚMERO DE NPI

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

GÉNERO F  M

FECHA DE NACIMIENTO Año  Mes  Día

UNIVERSIDAD DE GRADUACIÓN EN MEDICINA:

CLASIFICACIÓN (Indique con una X si usted se encuentra en las siguientes clasificaciones)

- Activo en su práctica     Médico en adiestramiento (Residente/Fellowship)  
 Retirado de su práctica     Incapacitado     Desempleado     Médico Asistente (PA)

SEGURO SOCIAL

ESTADO CIVIL Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

NÚMERO DE HIJOS

BOARD CERTIFIED SI  NO

ESPECIALIDAD

SUB-ESPECIALIDAD

SUB-ESPECIALIDAD

PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN:  Correo Postal     Correo Electrónico

