



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

Web: www.colegiomedicopr.org ▪
registraduria@colegiomedicopr.org ▪ 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

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

