



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

NEW REGISTRATIONS AND INFORMATION FORM – REGISTRATION DEPARTMENT

LICENSE NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NPI NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INITIAL

--	--

FIRST LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECOND LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GENDER

F M

BIRTH DATE

YEAR MONTH DATE

GRADUATED MEDICINE SCHOOL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLASIFICATION

(mark with an X your classification)

Currently Practice

Resident or Fellowship

Retired

Incapacitated

Unemployed

SOCIAL SECURITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARITAL STATUS

Married Single Widow Divorce

CHILDRENS

--	--

BOARD CERTIFIED

YES NO

MEDICAL SPECIALITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICAL SUB SPECIALITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICAL SUB SPECIALITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMMUNICATION PREFERENCE:

POSTAL

EMAIL

