



INTERNATIONAL ACADEMY OF PROFESSIONAL OCULARISTS

Aplicación

Información Personal

Apellidos : _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____
MM DD YYYY

Género: Masculino _____ Femenino _____

Dirección principal

Nombre de su Práctica

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal Ciudad/ País/Provincia: _____

País: _____

Otras Direcciones:

Nombre de su Práctica

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal Ciudad/ País/Provincia: _____

País: _____

Miembro Asociado a Otras Organizaciones

Nombre Organización: _____

Incorporación: ____/____/____
MM DD YYYY

Nombre Organización: _____

Incorporación: ____/____/____
MM DD YYYY

Información de Contacto:

Teléfono Oficina _____

Fax: _____

Cell /Mobile: _____

E-Mail Primario: _____

E-Mail Secundario: (Opcional)

Educación

Grado: _____

Nombre de la
Intitución : _____

Ciudad/Estado /País:

Fecha de Graduación: ____/____/____
MM DD YYYY

Otros

Grado: _____

Nombre de la
Intitución : _____

Ciudad/Estado /País:

Fecha de Graduación: ____/____/____
MM DD YYYY

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: 787-957-8680

Email: secretariainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>



BOARD CERTIFICATION

Agencia que lo Certifica:

Ciudad, Estado, País.

Tipo de Certificación

Fecha de Certificación: ____/____/____

MM DD YYYY

Fecha de Expiración: ____/____/____

MM DD YYYY

Formacion Profesional (Empíricos/Otros)

Usted está Certificado por otro tipo de Agencia, instructor, colegio, instituto, Universidad?

Nombre de Agencia/ Instructor/ Colegio/ Universidad:

Fecha de Certificación

____/____

MM YYYY

Número de Licencia

(Número de Registro /País donde puede practicar)

____/____

Referencias

Si usted es un ocularista en la actualidad, provea al menos un nombre de algún profesional ocularista, óptometra ocularista y/o oftalmólogo quien avale su aplicación. Estas referencias serán consultadas por la junta revisora antes de aprobar o denegar su solicitud.

Nombre Referencial 1:

Dirección:

Ciudad

Código Postal Ciudad/Estado/Provincia:

País:

Teléfono de Contacto:

Nombre Referencial 1:

Dirección:

Ciudad

Código Postal Ciudad/Estado/Provincia:

País:

Teléfono de Contacto:

Nombre Referencial 1:

Dirección:

Ciudad

Código Postal Ciudad/Estado/Provincia:

País:

Teléfono de Contacto:

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: 787-957-8680

Email: secretariainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>



Acuerdo uso de la información

Al Someter esta aplicación para ser miembro de INAPO, estoy de acuerdo con que 1) toda la información sometida como sustento de esta aplicación es verdadera, precisa y completa; 2) para cumplir con los códigos de ética y acatar los estatutos de INAPO. Entiendo que mi aplicación 1) es sujeto de verificación por parte de la junta directiva de INAPO, y libero a la INAPO de toda responsabilidad, daño o reclamo relacionado con el proceso de verificación que surja del mismo; 2) mi membrecía debe ser aprobada por la junta de directores; 3) INAPO puede revocar mi membrecía si estima conveniente de acuerdo con los estatutos vigentes.

Firma del Solicitante _____

Fecha: ____ / ____ / ____
MM DD YYYY

International Academy of Professional Ocularists

PARA USO EXCLUSIVO DE INAPO						
Fecha de Recepción:	Día:		Mes:		Año:	
Verificación información:	Total:		Parcial:		Nula:	
Comentarios:						
DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE INAPO						
Aprobada:	Aplazada:			Negada:		
Acta No.	Día:		Mes:		Año:	
Afiliado No.						
Presidente				Secretario		



International Academy of professional Ocularists

Estimado solicitante,

Esta es una solicitud de credenciales que deben acompañar su aplicación.

- ◇ Resumen de su Hoja de Vida, (CV) incluyendo sus intereses personales, pasatiempos o actividades no asociadas con su profesión.
- ◇ Copia del título profesional
- ◇ Copia del Board Certified (Si aplica)
- ◇ Copia de otros certificados de estudio o especialidades. (Si aplica).
- ◇ Resumen de la historia clínica de al menos 5 pacientes, con registro fotográfico en papel, de la secuencia del proceso de adaptación.
- ◇ Tamaño de pasaporte (2*2) foto en color. La fotografía se puede usar para el sitio web.
- ◇ La aplicación tiene un costo de \$50. (USD) los cuales no son reembolsables.
- ◇ Puede Realizar el pago a través de nuestro web site utilizando Pay Pal.
- ◇ Enviar aplicación via e-mail: secretariainapo@inapo.org, hilianaherrera@inapo.org.
- ◇ Via fax: +1-787-957-8680 (Puerto Rico)
- ◇ No envíe información bancaria o tarjeta de crédito a través de e-mail.

El no proporcionar cualquiera de los elementos requeridos, puede retrasar su aplicación.

International Academy of Professional Ocularists

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TÉLEFONO: +1 787-744-2821 / Fax: 787-957-8680

Email: secretariainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>