



ASOCIACIÓN DE  
EDUCADORES EN SALUD  
DE PUERTO RICO  
AESPR 1952

**Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico**  
PO BOX 191414  
San Juan, Puerto Rico, 00919-1414  
www.aespr1952.org | asociacion.edsapr@gmail.com

## SOLICITUD DE MEMBRESÍA

La Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico es una organización sin fines de lucro. Su visión es ser la organización líder y de vanguardia en la práctica, teoría e investigación de la Educación en Salud en Puerto Rico, con el fin de beneficiar a nuestro pueblo. Su misión es fortalecer la profesión de la Educación en Salud en Puerto Rico, mediante acciones estratégicas y políticas que promuevan su visibilidad y desarrollo.

### INFORMACIÓN DEL/LA SOCIO/A

Favor completar la Solicitud de Membresía y enviar a través de correo electrónico o correo postal. Recuerde realizar el pago correspondiente.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Educador/a:**  Bachillerato  Maestría  Doctorado  
**Dirección Postal (personal):** \_\_\_\_\_ **Grado Académico más alto:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Año de Graduación:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **¿Posee licencia en Educación en Salud Comunal?**  
 Sí  No  No Aplica Núm. Licencia: \_\_\_\_\_  
**Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **¿Posee licencia en Educación en Salud Pública?**  
 Sí  No  No Aplica Núm. Licencia: \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **¿Posee la Certificación de Especialista en Educación en Salud (CHES/MCHES)?**  
 Sí  No  No Aplica Núm. Certificación: \_\_\_\_\_  
**Lugar de Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Puesto o cargo que ocupa:** \_\_\_\_\_

### TIPO DE MEMBRESÍA

Nueva Membresía  Renovación de Membresía

### MÉTODO DE PAGO

Efectivo  Cheque Personal  Cheque Corporativo  Paypal  
 Tarjeta  Giro Postal  Número de Giro Postal \_\_\_\_\_

### CATEGORÍA DE MEMBRESÍA

- Socia y socio regular..... \$40.00 anual**  
Toda persona que al momento de solicitar membresía tenga preparación académica en Educación en Salud, esté al día con el pago de su cuota y cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por la AESPR.
- Socia y socio estudiante..... \$15.00 anual**  
Toda persona que al momento de solicitar membresía evidencie ser estudiante, esté cursando estudios en un programa graduado o sub-graduado conducente a un grado en Educación en Salud en una institución acreditada en o fuera de Puerto Rico; esté al día con el pago de su cuota y cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por la AESPR. Toda solicitud para la categoría de socia y socio estudiante deberá someter evidencia mediante copia de su programa de clases de la sesión corriente.
- Socia y socio recién graduado..... \$25.00 anual**  
Toda persona que, al momento de solicitar membresía, se haya graduado de un programa académico de Educación en Salud en un periodo de 24 meses previos a la solicitud, que esté al día con el pago de su cuota y cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por la AESPR. Como beneficio en su proceso de transición al mundo laboral podrá acogerse a esta categoría solo por dos años consecutivos.
- Socia y socio vitalicio.....\$100.00/retiro**  
Toda persona, que haya pagado sus deberes de cuota durante los cinco años previos a su jubilación y haya satisfecho la cuota asignada a esta categoría. El pago se realiza una vez al retirarse.
- Socia y socio Honorario .....**  
Se podrá conferir la distinción de socia y socio Honorario a personas que hayan hecho una contribución destacada en el campo de la Salud Pública en general o en el campo de la Educación en Salud en particular, de acuerdo al proceso estipulado.

\_\_\_\_\_  
Firma del/La Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLICITUD DE MEMBRESÍA**

**¡Queremos conocer sus intereses!**

¿Le interesa colaborar con la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico?  SÍ  NO

¿De qué manera?

---



---



---

¿Desea participar de algún Comité de la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico?  SÍ  NO ¿Cuál?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Membresía y Relaciones Públicas | <input type="radio"/> Colaboración Intersectorial                     |
| <input type="radio"/> Ética                           | <input type="radio"/> Capacitación para la Educación en Salud (DICES) |
| <input type="radio"/> Finanzas                        | <input type="radio"/> Representación Estudiantil                      |

**ASUNTOS DE INTERÉS**

**Competencias**

¿Cuál de las competencias le interesaría desarrollar?

- \_\_\_ Estudio de Necesidades, Recursos y Capacidades para Educación en Salud y Promoción en Salud
- \_\_\_ Planificación en Educación en Salud
- \_\_\_ Implementación en Educación en Salud
- \_\_\_ Evaluación e Investigación en Educación en Salud y Promoción de la Salud
- \_\_\_ Administración en Educación en Salud y Promoción de la Salud
- \_\_\_ Servir como recurso de Educación en Salud y/o Promoción de la Salud
- \_\_\_ Comunicación, Promoción y Abogacía en Educación en Salud y Promoción de la Salud

**Tema(s) de interés**

Déjenos saber cuáles son sus temas de interés.

- \_\_\_ Bienestar Corporativo
- \_\_\_ Enfermedades Crónicas
- \_\_\_ Diversidad Funcional
- \_\_\_ Competencia Cultural
- \_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_ Atención a Pacientes
- \_\_\_ Población LGBTIQ
- \_\_\_ Nutrición
- \_\_\_ Actividad Física
- \_\_\_ Tecnología
- \_\_\_ Aspectos de Alcance Comunitario
- \_\_\_ Salud Ocupacional
- \_\_\_ Salud Sexual
- \_\_\_ Otro(s) (especifique):

---



---

**BENEFICIOS DE SER MIEMBRO DE ACTIVOS**

**PARTICIPAR**

Participar de actividades de educación continua a bajo costo o gratuitas y otras actividades exclusivas para socios

**RECIBIR**

Oportunidades de empleo exclusivas para socios

**COLABORAR**

en los comités de trabajo para ayudar a la profesión

**PRESENTAR**

asuntos de interés ante la Junta de Directores

**NOMINAR**

candidatos para la Junta de Directores

**CONOCER**

e intercambiar información de interés con colegas

**TRABAJAR**

con diferentes organizaciones y entidades por la salud de Puerto Rico

**APORTAR**

en la discusión pública de asuntos de salud del país

Firma del/la Solicitante

Fecha