



SOLICITUD / RENOVACION DE MEMBRESIA AAPR 2026

Nombre: _____

Audiólogo: ____ MS ____ Au.D. ____ Au.D. en proceso ____ PhD ____ Sc.D.

Número Licencia ____ (Mes/Año renovación ____/____)

Dirección Postal: _____

Teléfono personal: ____/____/____ Teléfono del trabajo: ____/____/____

Lugar y Dirección de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

____ Deseo que la siguiente información aparezca en la página de Internet (**si no interesa favor de no marcar**):

____ Mi nombre ____ Nombre de la Oficina ____ Dirección Trabajo ____ Tel. Trabajo ____ Correo Electrónico

Favor de leer. Marque solamente una:

____ **Miembro regular (\$85.00)** – está abierta a todos los audiólogos que hayan obtenido un grado de maestría o doctorado en audiología de una Institución Educativa acreditada por el Estado. Se renueva anualmente. Se requiere estar licenciado para ejercer la profesión en Puerto Rico. **Deberá someter copia de la licencia profesional vigente.**

Tienen privilegio al voto.

____ **Miembro Fundador (\$76.50)** - no está abierta para miembros nuevos o regulares. Se renueva anualmente. Se requiere estar licenciado para ejercer la profesión en Puerto Rico. **Deberá someter copia de la licencia profesional vigente. Tienen privilegio al voto.**

____ **Miembro estudiantil (\$20.00)** - está abierta para estudiantes de programas de doctorado en audiología acreditado regionalmente. **Tendrá los mismos privilegios y obligaciones que un miembro regular excepto el derecho al voto.**

____ **Miembro Asociado (\$90.00)** – está abierta para aquellos profesionales que tienen evidencia escrita de su investigación, interés o trabajo en el campo de la audiología. **Incluye Audiólogos que están en el proceso de transición para obtener su licencia profesional pero que tienen licencia provisional de la cual deberá someter copia. La solicitud está sujeta a evaluación y aprobación del comité de membresía. No tiene el privilegio al voto.**

OPCIONES DE PAGO:

1. Cheque

2. ATH Móvil Business- path/academiaaudiologiapr (Favor poner nombre completo y número de licencia)

Favor de enviar este documento debidamente completado con copia de la licencia profesional digitalizado a: academia.audiologia.pr@gmail.com

Su cheque favor de enviarlo por correo:

Academia de Audiología de Puerto Rico

ATT. Renovación / Solicitud

PO Box 194920, San Juan P.R. 00919-4920.

Como solicitante me comprometo a cumplir con el reglamento de la Academia de Audiología de Puerto Rico y a seguir el Código de Ética.

Firma: _____ Fecha: _____