



I.R.B.O., Corp.



SOLICITUD DE CURSO

Nombre: _____ | _____ | _____ | _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Tel: _____ Cel: _____ E-mail: _____

Nombre del Empleador Actual: _____

Número de Teléfono del Empleador Actual: _____

Especialidad Profesional: _____

_____/_____/_____
Firma Solicitante Fecha

EDUCACIÓN CONTINUA A SOLICITAR

Seleccione los cursos a los que desea inscribirse marcando el recuadro correspondiente:

FORMACIÓN BÁSICA EN LA PRÁCTICA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comunidad Terapéutica | <input type="checkbox"/> Teorías en el Desarrollo Humano |
| <input type="checkbox"/> Manejo de la Ira | <input type="checkbox"/> Terapia Grupal |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de Ayuda en
Consejería | <input type="checkbox"/> Habilidades de Escucha Activa |
| <input type="checkbox"/> Teorías de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Desarrollo de la Empatía |

FORMACIÓN INTEGRAL EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias y
Adicciones – Intervenciones
Terapéuticas | <input type="checkbox"/> Consejería en el Manejo de la
Ansiedad y el Estrés |
| <input type="checkbox"/> Auto-Cuidado y Burnout | <input type="checkbox"/> Consejería en la Prevención del
Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Comunicación Efectiva | <input type="checkbox"/> Consejería Multicultural y
Diversidad Cultural |
| <input type="checkbox"/> Consejería en Asuntos Laborales
y Profesionales | <input type="checkbox"/> Control de Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Consejería en el Desarrollo
Personal y la Autoestima | <input type="checkbox"/> Derechos del Paciente de Salud
Mental |



I.R.B.O., Corp.



- Documentación Clínica
- Enfoque en la Persona
- Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R)
- Ética y Práctica Legal en la Consejería
- Intervención en Crisis
- Maltrato o Negligencia Institucional
- Neurociencia de la Adicción
- Protección de Datos en Entornos de Salud
- Reintegración Social
- Relaciones Poliamorosas
- Técnicas de Meditación y Mindfulness para la Terapia
- Teorías y Prácticas Actuales en Terapia Humanística
- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
- Terapia del Arte y Creatividad en el Tratamiento de Problemas Emocionales
- Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (TERP)
- Terapia de Juego en la Atención a Niños y Adolescentes
- Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)
- Terapia Matrimonial
- Terapia para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)
- Trabajo en Equipo – Consejería Multidisciplinaria
- Trastornos de la Alimentación
- Trastornos de Conducta
- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)
- Trastornos del Espectro Autista (TEA)
- Trastornos del Estado de Ánimo
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- Tratamiento y Manejo de Trastornos Coexistentes

FORMACIÓN EN LEYES APLICABLES EN LA PRÁCTICA

- Ley HIPAA – Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996
- Ley Núm. 40 de Puerto Rico – Ley para la Administración e Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico
- Ley Núm. 96 de Puerto Rico – Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico



I.R.B.O., Corp.



- Ley Núm. 121 de Puerto Rico – Ley de la Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a favor de los Adultos Mayores
- Ley Núm. 194 de Puerto Rico – Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Ley Núm. 408 de Puerto Rico – Ley de Salud Mental de Puerto Rico





I.R.B.O., Corp.



DECLARACIÓN SOBRE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA

"Yo, _____, declaro bajo juramento que toda la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera, completa y precisa según mi conocimiento y entendimiento. Comprendo que cualquier falsificación u omisión de información puede resultar en la descalificación de mi solicitud y/o la revocación de cualquier certificación obtenida a través de IRBO Corp.

Además, autorizo a IRBO Corp. a verificar cualquier información proporcionada en este formulario, incluyendo la consulta de mis antecedentes académicos, laborales y personales conforme a la legislación vigente.

Para que así conste, firmo la presente autorización,

Hoy ____ de _____ del 20____.

Firma Solicitante

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA EL SOLICITANTE:

- » Por favor, adjunte copias de todos los documentos requeridos junto con este formulario y una foto Digital para la ID.
- » Asegúrese de completar todos los campos antes de enviar el formulario.
- » En caso de cualquier cambio en la información proporcionada, notifique a IRBO Corp. inmediatamente.

International Reciprocity Board of Therapeutic Counselor's Certification
"En lo físico, salud; en lo mental, voluntad; en lo espiritual, unción; pero sobre todo unidad"
Urb. Riverview Calle 33 ZF – 15 Bayamón, PR 00961 / gilrod2@outlook.com <https://www.globalirbo.com>



I.R.B.O., Corp.



AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR INFORMACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, residente en
_____, por la presente autorizo a IRBO Corp. a verificar
parte o toda la información que he indicado en la solicitud de registro sometida a la
consideración de IRBO Corp.

Certifico, además, que la información presentada es correcta, verdadera y verificable, al igual
que los documentos requeridos que se acompañan.

Para que así conste, firmo la presente autorización,

Hoy ____ de _____ del 20____.

Firma Solicitante

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA EL SOLICITANTE:

- » Por favor, adjunte copias de todos los documentos requeridos junto con este formulario y una foto Digital para la ID.
- » Asegúrese de completar todos los campos antes de enviar el formulario.
- » En caso de cualquier cambio en la información proporcionada, notifique a IRBO Corp. inmediatamente.