



The Clock Building at
1000 Herrontown Road, 2nd Floor
Princeton, NJ 08540
o: 609-366-6186
f: 908-718-0332
e: info@pjihelps.org

Profesionales de la Salud

Información Personal

Nombre _____ Apellido _____

Correo electrónico _____ Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Podemos enviarte un mensaje de texto? _____

Nombre que se imprimirá en la credencial _____

Talle de camisa Pequeño Mediano Grande Grande X Grande XX Grande XXX

¿En que turno de voluntariado puedes trabajar? 10:00 – 16:00 10:00 – 13:00 13:00 – 16:00

Especifica qué idiomas hablas aparte del inglés.

- Español
- Alemán

- Ruso
- Francés



The Clock Building at
1000 Herrontown Road, 2nd Floor
Princeton, NJ 08540
o: 609-366-6186
f: 908-718-0332
e: info@pjihelps.org

- Italiano
- Chino(Simplificado)
- Polaco
- Otro _____

Reconocimiento de verificación de antecedentes

Sí, reconozco que se iniciará una verificación de antecedentes al finalizar este formulario de inscripción a voluntario. Si tiene alguna inquietud, envíenos por favor un correo electrónico a: americorps@pjihelps.org.

Fecha de nacimiento: _____ Requerido para verificación de antecedentes.

Servicios Médicos

¿Dónde practicas actualmente? _____

Dirección de la práctica _____



The Clock Building at
1000 Herrontown Road, 2nd Floor
Princeton, NJ 08540
o: 609-366-6186
f: 908-718-0332
e: info@pjihelps.org

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono de la práctica _____

Tiene licencia para practicar en New Jersey? Si No

Año de Licencia _____ Número de licencia _____

¿Que campo de la medicina practica? _____

¿Esta usted legalmente autorizado para brindar servicios de vacunación? Si No

¿Esta disponible para servicios complementarios adicionales con cita previa? Si No

En caso afirmativo especifique:
