# Crear cuenta nueva

**Correo electrónico**

**\***

Una dirección de correo electrónico válida. Todos los correos electrónicos del sistema se enviarán a esta dirección. La dirección de correo electrónico no se hará pública y sólo se utilizará si desea recibir una nueva contraseña o si desea recibir determinadas noticias o notificaciones por correo electrónico.

### **Requisitos de contraseña**

Introduzca una contraseña para la nueva cuenta en ambos campos.

Calidad de la contraseña:

La contraseña debe contener al menos una mayúscula.

La contraseña debe contener al menos 7 caracteres.

La contraseña debe contener al menos un dígito.

**Nombre**

**\***

**Segundo nombre**

**Apellido**

**\***

**Pronombres preferidos**

Ingrese sus pronombres como le gustaría que los demás se refirieran a usted. Por ejemplo: ella, él, elle, etc. Puede omitir este campo si prefiere no contestar.

**Calle**

**\***

**Más información**

**Ciudad**

**\***

**País**

**\***Seleccione

**Estado/Provincia**

**\***Seleccione

**Código Postal**

**\***

**¿Qué es lo que mejor describe su relación con la enfermedad de Parkinson?**

**\***

(Elija todas las opciones que apliquen)

* Persona con EP
* Profesional de la salud
* Mi cónyuge/pareja tiene/tuvo la EP
* Mi padre/madre tiene/tuvo la EP
* Otro familiar de la persona con EP
* Amigo de una persona con EP
* Gestión/Administración

**Me gustaría inscribirme en las siguientes oportunidades de formación**

**\***

Si se considera miembro de ambos grupos, nuestra recomendación es que se inscriba en "Formación profesional", para que pueda recibir créditos si procede. Independientemente de la categoría que elija, podrá matricularse en todos los cursos.

* - Seleccione un valor -
* Formación profesional
* Educación comunitaria/voluntariado

**¿Cuál representa mejor su profesión?**

**\***

Indique su profesión principal (profesión para la que solicita créditos de educación continua).

- Seleccione un valor -

* Actividad profesional
* Personal dental aliado
* Entrenador de atletismo
* Auxiliar de enfermería certificado
* Trabajador de la salud comunitaria
* Dentista
* Técnico nutricionista
* Profesional del ejercicio
* Ayudante de salud a domicilio
* Enfermera(o)
* Terapeuta ocupacional
* Administrador/Gerente de oficina
* Optometrista
* Farmacéutico
* Técnico de farmacia
* Médico
* Asistente médico
* Fisioterapeuta
* Psicólogo
* Terapeuta recreativo
* Nutricionista certificado
* Líder religioso
* Investigador
* Alta dirección/dirección ejecutiva
* Personal de apoyo del sitio
* Trabajador social
* Patólogo del lenguaje y el habla
* Estudiante
* Otro (especifique)

**¿La compañía para la que trabaja es miembro de la Community Partners in Parkinson's Care Network?**

**\***

**¿Cuál es su nivel de estudios más alto?**

**\***

* - Seleccione un valor -
* Bachillerato
* GED (o equivalente)
* Asociado
* Licenciatura
* Máster
* Doctorado (por ejemplo, MD, PhD, EdD, DPT, DOT, DNP, DDS, etc.)
* Otro

**En promedio, ¿a cuántas personas con Parkinson atiende directamente al mes?**

**\***

* - Seleccione un valor -
* 1-10
* 11-20
* 21-30
* 31-40
* 41-50
* 51-60
* +61
* N/A

**En promedio, ¿con cuántos aliados de cuidado de Parkinson o familiares se reúne directamente y/o atiende al mes?**

**\***

* -- Seleccione un valor -
* 1-10
* 11-20
* 21-30
* 31-40
* 41-50
* 51-60
* +61
* N/A

**¿En qué entorno trabaja?**

**\***

(Marque todo lo que corresponda)

* Centro de Excelencia de la Parkinson's Foundation
* Práctica privada
* Centros de salud comunitarios
* Hospitales universitarios
* Instituciones de VA
* Académico
* Otro

**¿A cuál de estos tipos de pacientes atiende?**

**\***

(Elija todas las opciones que apliquen)

* Asegurado privado
* Autopago
* Medicaid
* Medicare
* Sin seguro
* N/A

**Fecha de nacimiento**

**Mes**

Seleccione una opción

**Día**

Seleccione una opción

**¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?**

**¿Es usted de origen hispano/latino?**

* No hispano o latino
* Hispano o latino
* Prefiero no contestar

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza?**

* - Ninguno -
* Indio americano o nativo de Alaska
* Asiático
* Negro o afroamericano
* Hawaiano nativo u otro
* Isleño del Pacífico
* Blanco
* Biracial o multirracial
* Una raza no incluida en esta lista
* Prefiero no contestar

Me gustaría recibir actualizaciones periódicas de la Parkinson’s Foundation

**¿Cómo se enteró de nuestro Learning Lab?**

(elija una)

* Community Partners in Parkinson’s Care
* Sitio web de la Parkinson's Foundation
* Correo electrónico de la Parkinson's Foundation
* Folleto/postal de la Parkinson' s Foundation
* Evento de la Parkinson's Foundation
* Redes sociales (Facebook, Instagram, LinkedIn, etc.)
* Amigo/familiar/colega
* Consultorio médico
* Línea de Ayuda de la Parkinson's Foundation
* Personal de la Parkinson's Foundation
* Grupo de apoyo
* Sitios externos (por ejemplo, AARP, AMA, AAN, etc.)
* Administración de Veteranos / Organización local de veteranos
* Periódico
* Supervisor
* Otro (anotar)

[**Configuración local**](https://education.parkinson.org/professional-education/user/register?destination=node/113)

**Huso horario**

Seleccione la hora local y zona horaria deseadas. Las fechas y horas de este sitio se mostrarán utilizando esta zona horaria.

**CAPTCHA**

Esta pregunta sirve para comprobar si usted es un visitante humano y evitar el envío automatizado de spam.

**Pregunta de matemáticas**

**\***