

**ORGANIZACIÓN PUERTORRIQUEÑA DE PROFESIONALES DEL HABLA-LENGUAJE Y  
AUDIÓLOGOS**

**SOLICITUD PARA PRESENTACIÓN DE POSTER**

Convención anual OPPHLA  
29-30 de septiembre y 1 de octubre de 2023  
[educacion.continua.opphla@gmail.com](mailto:educacion.continua.opphla@gmail.com)

<b>Nombre del Presentador: (Primer autor)</b>	
<b>Profesión:</b>	
<b>Universidad/ Departamento/Afiliación:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Grado Educativo:</b>	
<b>Participará de nuestra convención anual</b>	____ Sí, ____ No    Miembro de OPPHLA: ____ Sí ____ No
<b>Título de su Investigación:</b>	<b>Fecha de Investigación:</b> ____/____/____

Si su investigación es con humanos fue aprobada por un Institutional Review Board (IRB) \_\_\_\_ Sí, \_\_\_\_ No (Adjunte documentación de aprobación),

Su investigación tiene autores adicionales: \_\_\_\_ Sí, \_\_\_\_ No (De tener autores adicionales llene la sección autores adicionales para cada uno)

<b>RESUMEN/ "ABSTRACT" (Máximo 400 palabras)</b>

--

**Autores Adicionales o Mentor:** (Enumere según el orden en que aparecen en el póster)

<b>Nombre:</b>	
<b>Profesión:</b>	
<b>Universidad/ Departamento</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Grado Educativo:</b>	
<b>Participará de la convención anual</b>	_____ Sí, _____ No    Miembro de OPPHLA: ____ Sí    ____ No

<b>Nombre:</b>	
<b>Profesión:</b>	
<b>Universidad/ Departamento</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Grado Educativo:</b>	
<b>Participará de la convención anual</b>	_____ Sí, _____ No    Miembro de OPPHLA: ____ Sí    ____ No

<b>Nombre</b>	
<b>Profesión:</b>	
<b>Universidad/ Departamento</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Grado Educativo:</b>	
<b>Participará de la convención anual</b>	_____ Sí, _____ No    Miembro de OPPHLA: ____ Sí    ____ No