



Universidad Interamericana de Puerto Rico
 Recinto Metropolitano
 Programa de Tecnología Médica
 PO Box 191293
 San Juan, PR 00919-1293

Solicitud de Admisión
 (Favor de llenar en letra de molde)

Indique:

Localidad a que solicita admisión

Grado que desea obtener

Fecha de Entrada

Recinto Metropolitano

Certificado

Febrero,

Año _____

Recinto de San Germán

Bachillerato

Agosto,

Año _____

I. Información General

Número de Seguro Social: _____

Correo electrónico: _____

Ciudadanía: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mes/Día/Año

Apellido Paterno,

Apellido Materno,

Nombre

Incial

Dirección Postal

Zip Code

Teléfono Residencial

Teléfono Trabajo

Celular

Dirección Residencial

Persona a notificar en caso de emergencia

Relación con el estudiante

Teléfono

Dirección

Zip Code

Ocupación

¿Tiene algún impedimento físico que interese que la Universidad lo conozca? (Opcional)

(De ser así, favor de especificar).

Sí No

¿Ha tenido problemas graves de salud? (Opcional)

(De ser así, favor de especificar).

Sí No

Los idiomas que puede:

Leer	Español	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Otros: _____
Escribir	Español	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Otros: _____
Hablar	Español	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Otros: _____

¿Ha solicitado ingreso a este programa de estudios en una ocasión previa?

Sí No En caso afirmativo, indique cuándo:

--	--	--	--	--	--	--

mes/día/año

¿Ha solicitado ingreso a otra Escuela de Tecnología Médica?

Sí No En caso afirmativo, indique cuándo

--	--	--	--	--	--	--

mes/día/año

II. Historial Académico

Institución Universitaria	Sitio	Desde	Hasta	Graduado
1. _____	_____	_____	_____	Sí _____ No _____
2. _____	_____	_____	_____	Sí _____ No _____
3. _____	_____	_____	_____	Sí _____ No _____
4. _____	_____	_____	_____	Sí _____ No _____

Honores Académicos Recibidos:

Actividades Extracurriculares en las que participó durante sus estudios universitarios:

Organizaciones Profesionales a que pertenece o perteneció:

III. Experiencias de Trabajo:

Agencia o Institución	Sitio	Puesto	Hasta
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

IV. Referencias Personales:

Indique a tres (3) profesores o personas con las cuales ha trabajado que puedan ofrecer una evaluación de su rendimiento académico y de sus potenciales como estudiante de Tecnología Médica. (Llenar la Forma de Recomendación)

Nombre	Puesto	Dirección
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V. Información Adicional:

Cursos en Progreso durante este semestre:

Curso	Hora	Días	Salón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VI. Solicitud Formal:

Yo, el abajo firmante, solicito admisión al Programa de Tecnología Médica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Certifico que toda la información ofrecida por mí en esta solicitud es correcta, verídica y completa. Entiendo que asumo la obligación de respetar las normas y reglamentos existentes en la Universidad Interamericana así como los de tiempo en tiempo fuesen aprobados por la Institución. La violación de dichas normas es susceptible de acción disciplinaria, incluso de suspensión permanente del estudiante cuando la gravedad de la violación así lo amerite. Cualquier declaración falsa, engañosa o incompleta contenida en esta solicitud, anulará su aprobación y liberará a la Universidad Interamericana de toda responsabilidad.

Firma del Solicitante

Fecha

La Universidad Interamericana de Puerto Rico no discrimina por razón de sexo, credo, raza o nacionalidad, edad e impedimento físico.

Para uso oficial solamente (no escriba aquí)

Fecha recibida: _____

Comentarios:

Acción tomada:

Notificación de la acción al estudiante:
