

II. DATOS ACADÉMICOS:

Nombre de Escuela Superior o Secundaria _____

Pueblo y país _____ Fecha de graduación (mes y año) _____

Pública en Puerto Rico

Pública fuera de Puerto Rico

Privada en Puerto Rico

Privada fuera de Puerto Rico

Instituciones universitarias y/o de educación postsecundaria a las que ha asistido incluyendo aquellas en las que no ha obtenido progreso académico:

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	DESDE	HASTA	GRADO OBTENIDO
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

Exámenes de ingreso y/o licencias profesionales:

EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN TOMADO EN:				A TOMARSE EN:	
	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO
MCAT						
DAT						
GRE						
EXADEP (PAEG)						
USMLE - STEP I						
PCAT						
OTRO						

Licencias profesionales

Número de la licencia

Fecha de expiración

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En las siguientes tablas indique el NÚMERO de personas que corresponda en el espacio provisto bajo cada categoría. Familiares dependientes se consideran aquellos miembros de la familia que dependen en más de un 50% del ingreso total del hogar. No incluya a sus padres si éstos proveen el 50% o más del ingreso total del hogar.

DEPENDIENTES FUERA DE LA ESCUELA						
11 años o menos	12 a 14	15 a 17	18 a 21	22 a 54	55 a 64	65 años o más

DEPENDIENTES EN LA ESCUELA								
1ro a 6to grado		7mo a 12mo grado		Estudiantes Universitarios			Estudios Técnicos y/o Vocacionales	
Pública	Privada	Pública	Privada	UPR	Universidad Privada en PR	Otro	Pública	Privada

Describa la composición de su núcleo familiar. Incluya a sus padres, hermanos y cualquier otra persona que viva con usted en el hogar. **INCLÚYASE USTED MISMO.**

DESGLOSE DE MIEMBROS DE LA FAMILIA POR EDAD Y SEXO													
4 años o menos		5 a 14 años		15 a 24 años		25 a 34 años		35 a 49 años		50 a 64 años		65 años o más	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

IV. DATOS ADICIONALES DEL SOLICITANTE:

De contestar afirmativamente alguna de las siguientes preguntas, favor de explicar detalladamente en el espacio provisto:

a) ¿Ha sido alguna vez convicto de delito grave? Sí No

Explique: _____

b) ¿Ha sido suspendido de sus estudios universitarios por razones: académicas? disciplinarias?

Explique: _____

Declaración de No Discrimen

La Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, en cumplimiento con las leyes federales y estatales aplicables y la reglamentación que a su amparo se adopte, no discrimina por razón de raza, sexo, color, credo, edad, origen nacional o condición social, creencias políticas o religiosas, impedimento físico o mental, estado civil, veterano impedido o veterano de la Era de Vietnam en la selección de estudiantes al Sistema Universitario.

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico cumple con las disposiciones del Título VI y VII de la ley de Derechos Educativos de 1972, secs. 503 y 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada.

Información relacionada con cualquiera de estas leyes o reglamentos puede ser obtenida en la Oficina del Asesor Legal, localizada en el séptimo piso, Recinto de Ciencias Médicas, teléfono 787-758-2525, exts. 1745, 1746 y 1747.

La admisión y matrícula del aquí firmante, de ser aceptado, está sujeta a todas las reglas y provisiones incluidas en las normas y catálogos de la Universidad de Puerto Rico.

Por la presente certifico que toda la información suministrada en esta solicitud es correcta y completa.

En conformidad con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia, de 1974, y sus enmiendas:

Renuncio a No renuncio a

tener acceso a inspeccionar y revisar información contenida en esta solicitud y los documentos incluidos.

_____ Fecha _____ Firma