



Solicitud de Admisión

Lea cuidadosamente todas las instrucciones detalladas al final de este documento.
Complete esta solicitud en todas sus partes (claro y legible) en letra de molde y con bolígrafo negro o azul.

Para uso de la Oficina de Admisiones

Número de estudiante asignado: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL (DE LA) SOLICITANTE

Seguro Social [][][] - [][][] - [][][][][] ¿Ciudadano Americano? SI NO

Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) [][][] / [][][] / [][][]

Estado Civil: Casado (a) Soltero (a) Divorciado (a) Separado (a)

Si es extranjero	# de Visa	
	# Pasaporte	

Primer Apellido [] Segundo Apellido []

Nombre [] Inicial Género: Femenino Masculino

Lugar de Nacimiento: [] # Tel. Residencial [][][] - [][][] - [][][][][]

Celular [][][] - [][][][] - [][][][][] Otro [][][] - [][][][] - [][][][][]

Correo electrónico: []

Dirección Postal []

Ciudad [] País [][] Zona Postal [][][][][]

¿Es su dirección postal igual a la residencial? SI No Si marcó NO, favor completar la siguiente información

Dirección Residencial []

Ciudad [] País [][] Zona Postal [][][][][]

Persona a notificar en caso de emergencia []

Relación [] Teléfono [][][] - [][][][] - [][][][][]

Tipo de Solicitud: Nuevo Especial Oyente Transferencia Readmisión Educación Continua Otro

Grado que solicita:	Maestría en Ciencias de Anestesia	Full Time	Maestría en Enfermería/ Cuidado Crítico	Educación	Educación Continua	<input type="checkbox"/> Cuidado Crítico <input type="checkbox"/> Sala de Operaciones <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias (Emergencista) <input type="checkbox"/> Sedación Consciente Moderada y Analgesia <input type="checkbox"/> Sala de Recuperación	<input type="checkbox"/> Manejo Peri-operatorio Enfermería-Nivel Básico <input type="checkbox"/> Manejo Enfermería Adulto-Emergencias Médicas Otro: _____
		Part Time		Administración			

*Educación Continua: Interesado (a) en matricularse para el día:

Jueves Sábados

¿Ha tomado el examen de admisión para estudios postgraduados (EXADEP)?

SI NO

Fecha de Examen (MM/DD/AA) [][][] / [][][] / [][][]

Puntuación []

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

Fecha de pago cuota de admisión	[][][] / [][][] / [][][]	Numero de Recibo	[][][][]	Firma del oficial	[]
---------------------------------	-----------------------------------	------------------	--------------	-------------------	-----

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Escuela Superior

Institución/es universitaria/as donde ha estudiado (*comience por la más reciente*)

Nombre

Año de graduación

Grado Obtenido

Concentración

Promedio

Nombre

Año de graduación

Grado Obtenido

Concentración

Promedio

Nombre

Año de graduación

Grado Obtenido

Concentración

Promedio

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Organización/es donde ha trabajado (*comience por la más reciente*)

Organización

Posición

Año de Inicio
(MM/YY)

Año de Terminación
(MM/YY)

Supervisor

Organización

Posición

Año de Inicio
(MM/YY)

Año de Terminación
(MM/YY)

Supervisor

Organización

Posición

Año de Inicio
(MM/YY)

Año de Terminación
(MM/YY)

Supervisor

¿Cómo usted se enteró de nuestra institución?

___ Periódico

___ Twitter

___ Profesor (a) de la institución

___ Familiar

___ Página Web

___ You Tube

___ Personal administrativo de la institución

___ Otro: especifique

___ Facebook

___ Amigo (a)

___ Compañero (a) de trabajo

Certifico que la información suministrada en esta solicitud es correcta y verídica a la fecha de radicación. Reconozco que falsificar o suministrar información incorrecta puede ser causa para la denegación de esta admisión o ser suspendido de la institución. Me comprometo, de ser aceptado, a cumplir y respetar las normas y reglas de la Institución. Los documentos entregados pasan a ser propiedad de EEAPR. La solicitud no es válida sin su firma.

Firma

Fecha

Firma del Oficial de Admisiones _____

Fecha: _____