



UCIMED

EXCELENCIA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS SOLICITUD DE INGRESO

Fotografía

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Semestre en que desea ingresar: I II Año: _____

Carrera

Primera opción: Farmacia Medicina Fisioterapia Nutrición Microbiología

Segunda opción: Farmacia Medicina Fisioterapia Nutrición Microbiología

Información Personal

Nombre: _____ 1er Apellido _____ 2do Apellido _____

Identificación / Cédula / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Día / Mes / Año

Nacionalidad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Unión Libre

Tiene hijos: No Si Cuántos? _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Tel. Oficina _____ ext. _____

Correo Electrónico: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección Exacta: _____

Por cuál medio de información se enteró de UCIMED? (Puede marcar más de uno)

- Amigo/Familiar Prensa Valla publicitaria Muppies
- Internet Orientador Radio Feria vocacional
- Correos masivos Redes Sociales Cine Otro _____
- Televisión Página web Mensaje de texto

Información Familiar

Padre: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Madre: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Pareja: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Hijos: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

En caso de emergencia notificar a: _____

Teléfono: _____

Disposiciones Generales

- Para realizar la prueba el (la) interesado (a) debe presentar certificación de notas de educación secundaria de los dos últimos años.
- El (la) aspirante debe presentarse debidamente identificado (a) en la fecha y hora indicada.
- Debe portar lapicero, lápiz, borrador y calculadora NO programable.
- La UCIMED comunicará a través de la página web (según fecha establecida) a los aspirantes admitidos, para iniciar sus estudios superiores en nuestra Institución.
- De ser el aspirante admitido debe completar los requisitos que se detallan en la hoja de Requisitos/Proceso de Matrícula.
- Esta prueba es de uso interno y por lo tanto la Universidad se reserva el derecho de revelar los resultados de la misma.

Fecha y hora de la prueba de conocimientos y destrezas:

Día / Mes / Año

Hora

Firma (Funcionario de UCIMED)

Sello
UCIMED

Información de Estudios Realizados

Colegio: _____ Inicio: _____ Finalizó: _____
Técnico: _____ Inicio: _____ Finalizó: _____
Universidad: _____ Inicio: _____ Finalizó: _____
Otros: _____ Inicio: _____ Finalizó: _____

Idiomas

_____ Habla Comprende Escribe Lee
_____ Habla Comprende Escribe Lee
_____ Habla Comprende Escribe Lee

Información Adicional

- A. Goza en la actualidad de buena salud, física o mental? Sí No
B. ¿Ha padecido con anterioridad enfermedad mental o trastornos psíquicos incluyendo adicción a drogas? Sí No
C. Requiere usted de asistencia especial para realizar sus estudios? Sí No
D. ¿Tiene usted los medios de asistencia económica para realizar sus estudios y otros gastos? Sí No
E. ¿De quién obtiene usted los medios para subsistir y para estudiar? _____
F. ¿Está usted dispuesto a cumplir con todas las exigencias de estudios de la Universidad? Sí No

La Escuela Autónoma de Ciencias Médicas UCIMED, se compromete al uso adecuado y responsable del tratamiento de los datos personales suministrados, siendo exclusivamente para efectos de brindar información académica y oferta de servicios.

Ucimed se reserva el derecho de aceptar personas que soliciten la admisión

* Autorizo a que la universidad me notifique la información oficial a mi correo electrónico y acepto que es mi responsabilidad revisarlo con frecuencia.

* Acepto que es mi responsabilidad actualizar o reportar ante el departamento de registro cualquier cambio en la información personal y medios de localización.

* Acepto que es de mi conocimiento y me comprometo a cumplir con todos los requisitos establecidos por la UCIMED, para el **proceso de Admisión y Matrícula**, incluyendo el curso de Técnicas de Estudio (según fecha establecida por la UCIMED).

¿Está usted dispuesto a cumplir estas disposiciones?

Sí No

Declaro bajo juramento que la información suministrada a UCIMED es veraz y fidedigna.

Nombre del Estudiante

Recibido por

Fecha y hora de la prueba de conocimientos y destrezas: _____

Día / Mes / Año

Hora

* Este formulario debe ser completado por la persona interesada.