



UCIMED

EXCELENCIA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS SOLICITUD DE INGRESO

Fotografía

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Semestre en que desea ingresar: I II Año: _____

Carrera de interés

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

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Unión Libre

Tiene hijos: No Si Cuántos? _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nacionalidad: _____ Tiene residencia permanente en Costa Rica: No Si

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

¿Cómo obtiene usted información acerca de las universidades? (Puede marcar más de uno)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar | <input type="checkbox"/> Prensa | <input type="checkbox"/> Feria vocacional |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Orientador | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Correos masivos | <input type="checkbox"/> Redes Sociales | <input type="checkbox"/> Cine |
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Página web | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Información Familiar

Padre o encargado: _____

Teléfono: _____ Correo: _____ Profesión: _____

Nivel de Escolaridad (marque el nivel más alto alcanzado):

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin escolaridad | <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Técnico incompleto | <input type="checkbox"/> Posgrado |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Universitaria completa | |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Técnico completo | <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta | |

Madre o encargado: _____

Teléfono: _____ Correo: _____ Profesión: _____

Nivel de Escolaridad (marque el nivel más alto alcanzado):

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin escolaridad | <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Técnico incompleto | <input type="checkbox"/> Posgrado |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Universitaria completa | |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Técnico completo | <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta | |

En caso de emergencia notificar a: _____ Teléfono: _____

Información de Estudios Realizados

Colegio de procedencia: _____ País: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____ Fecha de graduación: ____/____/____
Mes / Año Mes / Año

Tipo de Bachillerato:

- Colegio Académico Bachillerato internacional
 Colegio Técnico Bachillerato por Madurez
 Colegio Científico Otros ¿De qué tipo? _____

Tipo de Colegio:

- Colegio Público Otros ¿De qué tipo? _____
 Colegio Privado Subvencionado

Parauniversitario (Técnico o diplomado): No Si

Tipo: _____ País: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____ Fecha de graduación: ____/____/____
Mes / Año Mes / Año

Universitario: No Si

Tipo: _____ País: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____ Fecha de graduación: ____/____/____
Mes / Año Mes / Año

Otros: No Si

Tipo: _____ País: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____ Fecha de graduación: ____/____/____
Mes / Año Mes / Año

Información Adicional

¿En este momento ha iniciado algún proceso de admisión en otra universidad?:

- No Si

¿Ha participado en grupos comunitarios, sociales, culturales o deportivos?

- No Si ¿De qué tipo? _____

¿El financiamiento para el pago de sus estudios universitarios proviene de?:

- Propio Padres Familiares Préstamo

¿Cuál es su disponibilidad para el tiempo dedicado al estudio?:

- Dedicación exclusiva Dedicación Parcial

¿Trabjará durante sus estudios universitarios?:

- Sí No ¿Cuántas horas? _____

* Autorizo a que la universidad me notifique la información oficial a mi correo electrónico y acepto que es mi responsabilidad revisarlo con frecuencia y mantenerlo actualizado ante el departamento de registro.

* 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.

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, según lo estipulado en la LEY DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA FRENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES, Ley n.º 8968

UCIMED se reserva el derecho de aceptar personas que soliciten la admisión.