



**POSGRADOS**  
**UCIMED**

Fecha \_\_\_\_\_ Cuatrimestre en que desea ingresar  I  II  III Año: \_\_\_\_\_  
Reingreso Si  No  Egresado Si  No

### Información Personal

Nombre: \_\_\_\_\_ 1er Apellido \_\_\_\_\_ 2do Apellido \_\_\_\_\_

Cédula / Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Unión Libre

Hijos:  Si  No Cuántos? \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección Exacta: \_\_\_\_\_

Por cuál medio de información se enteró de la Maestría (Puede marcar más de uno)

- |   |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar | <input type="checkbox"/> Página Web | <input type="checkbox"/> Visita Asesor      | <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto |
| <input type="checkbox"/> Internet       | <input type="checkbox"/> Prensa     | <input type="checkbox"/> Valla Publicitaria | <input type="checkbox"/> TV               |
| <input type="checkbox"/> Redes Sociales | <input type="checkbox"/> Correo     | <input type="checkbox"/> Radio              | <input type="checkbox"/> Otro _____       |

## Información de Estudios Superiores

Título: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

## Información Experiencia Laboral

Puesto: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

## Notas Importantes

**UCIMED se reserva el derecho de aceptar o rechazar a las personas que solicitan 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.

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.

**¿Está usted dispuesto a cumplir estas disposiciones?**

Si

No

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\* Este formulario debe ser completado por la persona interesada.