



HOJA DE INFORMACIÓN ADICIONAL

Datos personales:

Núm. Estudiante	Núm. Seguro Social
1. _____,	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno
2. Dirección Postal: _____	_____
3. Núm. Teléfonos: () _____ (casa)	() _____ (celular)
4. Otros Contactos: <i>(otros números telefónicos a través de los cuales se le pueda contactar)</i>	
Nombre: _____	Tel. () _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____
5. Direcciones Electrónicas:	
<i>Institucional – UPR:</i> _____ @UPR.EDU	
<i>Personal:</i> _____	

Conteste las siguientes preguntas:

- a. **¿Ha interrumpido sus estudios universitarios por algún tiempo?**
 Sí _____ No _____ Explique: _____

- b. **Indique si tiene experiencia en investigación.**
 No _____ Sí _____ ¿Dónde? Explique: _____

- c. **Indique si tiene grado de maestría.**
 Sí _____ No _____ Facultad: _____
 Programa: _____
 Institución: _____



d. **Indique si tiene alguna publicación.**

No _____ Sí _____; ¿Cuántas?: _____

e. **Indique si tiene algún afiche, "abstract" o presentación oral.**

No _____ Sí _____; ¿Cuántas?: _____

f. **¿Ha participado en algún programa de investigación de verano?**

Indique cuál y año: _____

g. **¿Ha recibido becas MARC, RISE u otra como estudiante sub-graduado?**

Mencione: _____

h. **¿Ha pertenecido a alguna organización estudiantil?**

Mencione: _____

¿Ocupó algún puesto directivo? Sí _____ No _____ Mencione: _____

i. **Mis estudios a nivel de escuela superior fueron en:**

Pública _____ Privada _____

Declaración de Aceptación a un Programa Alternativo:

El Programa Graduado de Ciencias Biomédicas evaluará mi solicitud de acuerdo a mis intereses de admisión. En caso de no cualificar para admisión al programa que solicité, estoy interesado(a) y dispuesto(a) a ser considerado(a) por otro programa que fuese recomendado(a) por el Comité Graduado, siempre y cuando haya cupo disponible.

_____ Sí, acepto

_____ No, acepto

Firma: _____

Fecha: _____