

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS  
OFICINA DEL REGISTRADOR**

## **HOJA DE PRE-MATRÍCULA**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**

## NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

**TELÉFONO RESIDENCIA**

**TELÉFONO TRABAJO**

FACULTAD

## **PROGRAMA**

SESIÓN ACADÉMICA

**FECHA**

## CURSOS A PRE-MATRICULAR

---

**FIRMA DEL ESTUDIANTE**

---

TOTAL CRS.

---

VO.BO. DE LA FACULTAD

TOTAL LAB. A COBRAR