

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
OFICINA DEL REGISTRADOR

UPR/ID : _____ Nombre : _____

Núm. Seguro Social : _____ E-mail : _____

Fecha Nacimiento : _____
(Mes/Día/Año)

Dirección Postal o Permanente

Pueblo Nacimiento : _____

Calle : _____

País Nacimiento : _____

Urb. o Bo. : _____

País Ciudadanía : _____

Pueblo/País: _____

País Residencia : _____

Zid Code : _____

Sexo : () 1. Masculino () 2. Femenino

Teléfono : _____

Tipo Admisión

Dirección Local

() 1. Traslado

Calle : _____

() 2. Transferencia

Urb. o Bo. : _____

() 3. Especial

Pueblo/País: _____

() 4. Admisión

Zid Code : _____

() 5. Readmisión

Teléfono : _____

() 6. Transitorio

Estado Cívil: _____

() 7. Reclasificación

() 1. Soltero () 3. Viudo
() 2. Casado () 4. Divorciado

() 8. Ubicación Avanzada

Clasificación: _____

Fecha Admisión _____
(Mes/Día/Año)

Firma del Estudiante

Programa Estudio : _____

Fecha

Nota: **La información solicitada se utilizará para actualizar los datos estudiantiles en el Sistema de Información del Registrador. Estos datos son de carácter confidencial.**