

Favor de Indicar el programa al cual solicita:  Grado Asociado en Tecnología Radiológica  Bachillerato en Ciencias en Imágenes de Diagnóstico

Certificados Post – Grado Asociado en:  Ultrasonido de Diagnóstico  Resonancia Magnética  Tomografía Computadorizada  Mamografía

**INFORMACIÓN BIOGRÁFICA (BIOGRAPHIC INFORMATION)**

Nombre(Apellidos, Nombre, Inicial)				
<small>(Name)</small>		<small>(Lastname 1)</small>		<small>(Initial)</small>
Dirección Permanente (Residencial):				
<small>(Permanent Address)</small>				
<small>(Address)</small>				
Ciudad, Estado, Código Postal:				
<small>(City, State, Zip)</small>		<small>(City)</small>		<small>(Zip Code)</small>
Dirección Postal:				
<small>(Postal Address)</small>				
<small>(Address)</small>				
Ciudad, Estado, Código Postal:				
<small>(City, State, Zip)</small>		<small>(City)</small>		<small>(Zip Code)</small>
Teléfonos (Casa, Celular, Trabajo):				
<small>(Phones)</small>		<small>(Home)</small>		<small>(Office or Work)</small>
Correo Electrónico:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento (mes, día, año):
<small>(Email)</small>		<small>(Gender)</small>		<small>(Birthdate)</small>
<small>(mm/dd/yyyy)</small>				
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Otra (indique cual): _____	Visa( si no es ciudadano de Estados Unidos) <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otra (indique cual): _____
<small>(Birthplace)</small>	<small>(Citizenship)</small>		<small>(Visa Status)</small>	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro(a)			Número de dependientes:
<small>(Civil Status)</small>	<small>(Single, Married, Divorced, Separate, Widowed, Other)</small>			<small>(Number of household members)</small>
Contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono):				
<small>(Emergency contact)</small>				
<small>(Name)</small>				
<small>(Phone)</small>				
Servicio Militar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha( mes, día, año):	
<small>(Military Service)</small>	<small>(Yes) (No)</small>		<small>(Date)</small>	
<small>(mm, dd, yyyy)</small>				

**INFORMACIÓN BIOGRÁFICA OPCIONAL (OPTIONAL BIOGRAPHIC INFORMATION)**

Descripción racial:		Descripción étnica:		
<small>(Racial Self-Description)</small>		<small>(Ethnic Self-Description)</small>		
Nombre del Cónyuge:				
<small>(Name of Husband or Wife)</small>				
Padres o Guardianes	Género(Gender)	Residencia (Residency)	Nivel de Educación	Teléfono
Nombre(Names)		Dirección (Address)	(Education Level)	(Phone)
Ingreso del Hogar(Household Income):				
<input type="checkbox"/> < \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 – \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 – \$50,000 <input type="checkbox"/> > \$50,000				

**INFORMACIÓN ACADÉMICA (ACADEMIC INFORMATION)**

Escuela Superior							
Nombre (Name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip Code)	Año de Graduación (Graduation Year)		
Universidad(es)							
Nombre (Name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip Code)	Programa (Program)	Grado Obtenido (Degree)	Año de Graduación (Graduation Year)
Empleo(s)							
Patrono (Employer)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código Postal (Zip Code)	Fecha (Date)		
Otras Actividades							
Tipo de Actividad (Type of Activity)		Duración (Period of Time):			Fecha (Date):		
Dominio de Idiomas (Languages):							
Español				English			
Lee	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Deficiente	Reads	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Satisfactory	<input type="checkbox"/> Deficient
Escribe	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Deficiente	Writes	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Satisfactory	<input type="checkbox"/> Deficient
Habla	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Satisfactorio	<input type="checkbox"/> Deficiente	Speaks	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Satisfactory	<input type="checkbox"/> Deficient

Antes de firmar esta solicitud, verifique que ha llenado todos los apartados correctamente y que la información ofrecida es completamente verídica. Sólo se exige de llenar la información biográfica opcional.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha (mm, dd, yyyy): \_\_\_\_\_

La UCC no discrimina por razones de sexo, raza, color, religión, ideología, nivel económico, preferencia política, nacionalidad o impedimentos físicos o mentales.

Envíe su solicitud a: Universidad Central del Caribe, Oficina de Admisiones, PO Box 60327, Bayamón PR 00960-60327.

Para comunicarse con nosotros puede llamar al: 787-798-3001 exts. 2403, 2404.

