



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Personería Jurídica No.10917 del 01/12/1976 Resolución Ministerio de Educación Nacional No. 8125
Carrera 18 No. 8-95 PBX 599-89-77 Ext. 155 Directo: 2015750
http://www.fucsalud.edu.co

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PREGRADO No

Formulario único para inscripciones regulares y transferencias de pregrado

* Lea cuidadosamente * Diligencie completamente con letra imprenta o en máquina de escribir.
* No doblar * No utilice números romanos * Firme el formulario

Foto reciente
3x4 c.m.

SOLICITUD DE ADMISIÓN

INSCRIPCIÓN TRANSFERENCIA

PROGRAMA AL CUAL ASPIRA:

- MEDICINA
- ENFERMERÍA
- INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
- TECNOLOGÍA EN CITO HISTOLOGÍA
- CURSO PREUNIVERSITARIO

Segunda Opción:

- MEDICINA
- ENFERMERÍA
- INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
- TECNOLOGÍA EN CITO HISTOLOGÍA
- CURSO PREUNIVERSITARIO

Uso exclusivo de la
Universidad

CÓDIGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

¿Se ha inscrito anteriormente a esta institución?

Si No

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (Para día utilice de 01 a 31 y para mes de 01 a 12)

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

PAÍS

DÍA

MES

AÑO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I. C.C. C.E.

NÚMERO

LUGAR DE EXPEDICIÓN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEXO

ESTADO CIVIL

- M Soltero Religioso
- F Casado
- Otro _____

Dirección residencia:

Estrato:

Ciudad:

Tel:

Cel:

e.mail:

Tel. en Bogotá:

EXAMEN DE ESTADO - ICES

Puntaje antiguo

REGISTRO SNP No.

Puntaje Examen actual	BIOLOG.	MATEM.	FILOSOF.	FISIC.	HISTOR.	QUIMIC.	LENG.	GEOG.	IDIOMA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ESTUDIOS SECUNDARIOS

Institución donde se graduó: _____

Título recibido: _____ Año _____ Ciudad: _____

Modalidad Técnico Clásico Comercial Militar Otro, ¿cuál? _____

Jornada: Diurna Nocturna Mixta Calendario A B Masculino Femenino Mixto

COLEGIOS ANTERIORES

CIUDAD

NOMBRE DEL COLEGIO

GRADOS CURSADOS

AÑO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

AÑO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PROGRAMA	SEMESTRES CURSADOS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
TÍTULO	_____		AÑO
_____	_____		_____

INFORMACIÓN FAMILIAR

	Nombre y apellido	Dirección residencia	Teléfono residencia	Teléfono trabajo	Profesión u oficio
Padre					
Madre					
Acudiente					

Número de hermanos ¿Vive con sus padres ? Si No

REFERENCIAS (Nombre dos personas que puedan dar referencias tuyas)

Nombre:	Tel:
Nombre:	Tel:

INFORMACIÓN LABORAL (Aplica si usted ha laborado alguna vez)

Mencione la última empresa

CONOCIMIENTO DE IDIOMAS DIFERENTE AL ESPAÑOL (Utilice el siguiente código: B=Bien; R=Regular; M=Mal)

IDIOMA	COMPRENDE AL LEER	COMPRENDE AL OÍR	HABLA	ESCRIBE
Inglés	()	()	()	()
Francés	()	()	()	()
Otro	()	()	()	()

OTRA INFORMACIÓN (Marque las actividades deportivas y culturales de su preferencia y en las cuáles le gustaría participar)

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

 Fútbol Voleibol Baloncesto Ajedrez Otra, ¿Cuál? _____

ACTIVIDADES CULTURALES

 Danza Teatro Música Artes plásticas Otra, ¿Cuál? _____
¿POR CUAL MEDIO SE ENTERÓ DE LA UNIVERSIDAD?
 Aviso periódico Folleto Aviso revista Internet Directorio telefónico
 Visita guiada Universidad Orientador profesional Feria colegio Recomendado Visita colegio
 Feria expo-estudiante Otro, ¿Cuál? _____

La información consignada en este formulario de inscripción es verdadera, exacta y completa

FECHA DE ENTREGA DE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Día Mes Año

/ /

Firma del aspirante

OBSERVACIONES (Uso exclusivo de la Fundación)