



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 INTERNADO MEDICINA No

Foto reciente
3x4 c.m.

Formulario único para inscripciones para internado de medicina

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRES COMPLETOS	
<input type="text"/>	

LUGAR Y FECHA 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO										LUGAR DE EXPEDICIÓN
	<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"/>
LIBRETA MILITAR	NÚMERO					DISTRITO	ZONA	CLASE			
	<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"/>			

SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL		Dirección residencia:				Estrato:
	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Religioso	Ciudad:		Tel:	Cel:	
	<input type="checkbox"/> Casado		e.mail:		Tel. en Bogotá:		
	<input type="checkbox"/> Otro _____						

ESTUDIOS SECUNDARIOS		
Institución donde se graduó: _____		
Título recibido: _____	Año _____	Ciudad: _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promedio académico _____		

INFORMACIÓN FAMILIAR					
	Nombre y apellido	Dirección residencia	Teléfono residencia	Teléfono trabajo	Profesión u oficio
Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conyugue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de hermanos <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de hijos <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Vive con sus padres ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

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
 Feria expo-estudiante Feria o Congreso Recomendado Directorio telefónico
 Otro, ¿Cuál? _____

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Tel:
Nombre:	Tel:
Nombre:	Tel:

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)