

SOLICITUD CURSO BASICO DE OFTALMOLOGÍA  
DR. GUILLERMO PICO SANTIAGO  
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS  
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(Exacto y legible, según desea que aparezca en el certificado de participación)

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

PUEBLO: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PERMANENTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
INDICAR CODIGO DE PAÍS Y CIUDAD INDICAR CODIGO DE PAÍS Y CIUDAD

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FECHAS Y TITULOS DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS: ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL A LOS CUALES HA ASISTIDO  
(INCLUYA INTERNADO, RESIDENCIA).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

EXPERIENCIA EN OFTALMOLOGIA U OTRAS ESPECIALIDADES: \_\_\_\_\_

---

FECHA: \_\_\_\_\_  
(día/mes/año)

FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_