



**SOLICITUD CURSO BASICO DE OFTALMOLOGÍA  
DR. GUILLERMO PICÓ 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: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PERMANENTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

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

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXPERIENCIA EN OFTALMOLOGÍA U OTRAS ESPECIALIDADES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

FECHA: \_\_\_\_\_  
(día/mes/año)