

CONDICIONES DE SALUD

TIPO DE SANGRE _____

SI ES ALÉRGICO A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS U OTROS, ESPECIFIQUE:

SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD, FAVOR ESPECIFIQUE _____

TIENE ALGÚN TRATAMIENTO Y/O ESTÁ MEDICADO DE MANERA REGULAR, INDIQUE: _____

OTROS COMENTARIOS PERTINENTES: _____

DATOS FAMILIARES

PADRE: _____
Nombres Apellidos

TELÉFONO _____ CELULAR _____

OCUPACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____

MADRE: _____
Nombres Apellidos

TELÉFONO _____ CELULAR _____

OCUPACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____

ESPOSO/ESPOSA (del solicitante): _____
Nombres Apellidos

TELÉFONO _____ CELULAR _____

OCUPACIÓN _____

FIRMA

COMPROMISO DEL SOLICITANTE

- a) Certifico haber leído la sección de Instrucciones y Observaciones de los formularios de solicitud, y las acepto.
- b) Certifico que toda la información que he ofrecido es correcta y cierta.
- c) Me comprometo a cumplir con todos y cada uno de los reglamentos de la Universidad Adventista Dominicana.

Firma del estudiante

Fecha

