

Solicitud de Documentos

Nombre: _____	Núm. de Estudiante: _____
Año que cursa: (circule uno) <u>1ero</u> <u>2do</u> <u>3ero</u> <u>4to</u>	Programa: _____
Si es Graduado, indique el año en el cual se graduó: _____	correo electrónico: _____
Favor de proveer dos números telefónicos donde se pueda contactar: () _____ y () _____	

Indique el propósito por el cual solicita este documento: Circule uno o los que le apliquen

VSAS(1) / ELECTIVAS(2) / RESEARCH(3) / INTERNADO(4) / RESIDENCIA(5) / ERAS(6) / LICENCIA(7) / TRABAJO(8) / BECA(9)
TRANSFER(10) / FELLOWSHIP(11)
Otro Propósito: (Favor de especificar) _____

TIPO DE DOCUMENTO	COSTO c/u	PROPÓSITO	CANTIDAD
Transcripción de Créditos Oficial	\$5		
Transcripción de Créditos "Student Copy"	\$5		
Medical Student Performance Evaluation (MSPE)	\$10		
Certificación para la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de PR (Se requiere una foto 2x2)	\$30		
Certificación de Título Obtenido	\$5		
Certificación de "Good Standing"	\$5		
Certificación de Estudiante Regular – Estudiantes de EMSJB	\$5		
Certificación de Malpractice	\$5		
Certificación de Traducción del Diploma	\$7		
Otro tipo de Certificación: _____ (Favor de escribir los datos que requiere en la Certificación)	\$5		
Certificación para la Planilla de Contribución de Ingresos	\$1		
Certificación de Inmunización PVAC - 3	\$10		
Formulario del AAMC (Standardized Immunization Form) Otros formularios de Vacunas de Rotaciones	\$10		
Copia de algún documento de su expediente: (Favor de especificar el documento)	\$1		

Marque con una (x) lo que aplique:

- Deseo recoger los documentos personalmente o que lo envíen a mi residencia. Entiendo que serán "Student Copy"
- Deseos que los documentos se envíen por correo a las siguientes direcciones para que sean oficiales:

1.	2.
----	----

(Puede continuar con otras direcciones al dorso del documento)

Firma del Solicitante _____

Fecha Solicitado: _____