

El candidato para admisión a la Escuela de Salud HIMA•San Pablo debe mostrar compromiso con el desarrollo social y económico de Puerto Rico y exhibir destrezas de análisis crítico, aptitudes verbales, escritas y dominio con el manejo de la tecnología.

Para comenzar una solicitud debe crear una cuenta usando el botón de Crear Cuenta. Al crear una cuenta recibirá su contraseña mediante correo electrónico. Debe guardar su contraseña en un sitio seguro para acceder a su solicitud en futuras ocasiones. Una vez sometida su solicitud la misma no podrá ser modificada. A través de su cuenta puede verificar el recibo de sus documentos, el estatus de su pago y la decisión sobre su solicitud.

Los documentos requisitos de la solicitud (transcripción, evidencia de grado, entre otros) debe enviarlos mediante correo regular en un sobre sellado de su universidad de procedencia. Todos los documentos sometidos en la solicitud de admisión son propiedad de la Escuela de Salud HIMA•San Pablo y no serán devueltos.

Requisitos

1. Cumplimentar la Solicitud de Admisión y pagar la cuota de admisión.
2. Presentar escrito de intención e interés en el Programa.
3. Transcripción de créditos oficial que demuestre haber completado un Grado de Bachillerato en Enfermería con un índice académico general (GPA) de 3.00 o más en los últimos sesenta (60) créditos.
4. Resumé profesional que demuestre al menos dos años de experiencia en cuidado crítico.
5. Dos cartas de recomendación; de un profesor y un supervisor.
6. Entrevista
7. Curso de estadística a nivel de bachillerato (tres (3) créditos).
8. Licencia vigente de enfermera/o generalista.
9. Certificado de Salud.
10. Prueba de Vacunación de Influenza y Hepatitis B.

Proceso de Solicitud de Admisión

1. Los candidatos presentarán todos los documentos requeridos, según el programa que estén interesados.
2. La Oficina de Admisiones organizará los expedientes y los referirá al Comité Evaluador para su análisis y recomendación.
3. Los candidatos recomendados por el Comité recibirán una invitación para una entrevista.
4. La Oficina de Admisiones notificará mediante correo electrónico a cada candidato la determinación del Comité Evaluador.

La Institución se reserva el derecho de rechazar a cualquier solicitante. Toda información provista por los estudiantes se presume veraz y completa. Los estudiantes que presentan información falsificada se les podrá cancelar su admisión y matrícula y cualquier crédito aprobado sería revocado.

Admisión Provisional

Los estudiantes que no puedan obtener alguno de los documentos oficiales requeridos por la Institución para completar el proceso de admisión, serán considerado para admisión provisionalmente, si provee evidencia de haber gestionado de dichos documentos. El estudiante admitido provisionalmente tendrá treinta (30) días calendario a partir de la admisión para presentar los documentos requeridos. Aquellos estudiantes que no cumplan con lo requerido al concluir el periodo provisional, se les dará de baja.

Requerimientos Adicionales

Los estudiantes admitidos deberán de completar los siguientes requisitos durante su primer término académico:

1. Certificado de CPR.
2. Curso o certificación en Cuidado Crítico.
3. Certificado de ACLS.

No cumplir con lo requerido al vencimiento del término, conllevará una restricción de matrícula para el próximo término académico.

Información General

Nombre del Solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____
Código Postal: _____

Dirección Residencial: _____
Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Lugar de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Seguro Social: ¹ _____ - _____ - _____

Género: ² Femenino Masculino Estado Civil ² Casado Divorciado Soltero Viudo

Ciudadanía Americana: Sí No

De contestar "No" complete esta información: Tipo de Visa: _____ Número: _____

Grupo Étnico: ² Es Hispano/Latino Sí No

Si marca No, indique la raza con la cual se identifica: Blanco no Hispano Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii o Islas Pacífico

Formación Académica

Institución Académica <i>Indicar en orden cronológico</i>	Concentración, Grado o Certificación	Fecha de Grado	Promedio (GPA)

Experiencia Laboral

Patrono <i>Indicar en orden cronológico</i>	Posición	Descripción de Funciones	Fecha

¹ La Escuela de Salud HIMA•San Pablo no utiliza número de Seguro Social como señal de identificación personal. La Oficina de Registraduría le proveerá número de identificación estudiantil una vez completado el trámite de matrícula. El número de seguro social es utilizado para procesar solicitud y ayuda económica únicamente.

² La información de género, estado civil y grupo étnico es utilizada para informes estadísticos.

Aceptación y Relevo

Iniciales: _____ Acepto y reconozco que en el programa al que estoy solicitando admisión incluye cursos de práctica los cuales son requisito de graduación. Los centros de práctica pueden tener, y probablemente tienen, ciertos requisitos para participar de la experiencia práctica en estos. Dentro de tales requisitos pueden estar, y probablemente están, la presentación del certificado de antecedentes penales, ciertas vacunas, el cubrir o disimular tatuajes, el no usar pantallas, el no usar uñas acrílicas y el usar vestimenta adecuada, entre otros.

Iniciales: _____ Conforme a todo lo anterior, reconozco que el incumplimiento con alguno de estos requisitos puede imposibilitar el tomar cursos y que pueda graduarme del programa al que solicito admisión. A esos efectos, relevo a la Escuela de Salud HIMA•San Pablo de toda responsabilidad en la eventualidad que no pueda completar el programa, por razón de incumplimiento con alguno de los requisitos establecidos por los centros de práctica.

Iniciales: _____ Certifico, so pena de que se declare nula mi admisión, que toda información académica y personal en este documento es veraz, exacta y completa. Que acepto los costos totales de estudio y que los mismos no incluyen materiales, libros, togas, ni uniformes. Que seré responsable por cualquier balance pendiente no cubierto por cualquier ayuda económica. Que cualquier balance pendiente es pagadero inmediatamente o mediante un plan de pago diferido certificado por la oficina de recaudos.

Firma: _____

Fecha: _____

La Escuela de Salud HIMA•San Pablo es una institución sin fines de lucro, no sectaria, que provee igualdad de oportunidades y no discrimina por razón de raza, género, edad, origen nacional, color, condición civil, condición social, veterano, ideas políticas o religiosas o cualquier otra condición protegida por ley.

