



Universidad Interamericana de Puerto Rico  
Escuela de Optometría

REGISTRO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LICENCIA \_\_\_\_\_ OE TRACKER \_\_\_\_\_

TEL. CELULAR \_\_\_\_\_

TEL. OFICINA \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

CONFERENCIANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

RECERTIFICA EN     /     /

\*Favor de completar en **letra de molde** y lo más claro posible para evitar que el correo nos devuelva las cartas por errores.