



INSTITUTO NACIONAL DE APOPA

HOJA DE PREINSCRIPCIÓN JORNADA DIURNA 2025

FOTO

Puede ser
fotocopia

ACLARACIÓN: ESTA HOJA NO ES DE MATRÍCULA, SINO DE INSCRIPCIÓN AL EXAMEN

INDICACIONES: Completar la siguiente información de forma veraz (contestar con la verdad)

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

Nie: _____ (Si lo Conoce) Carne de Minoridad _____ (Si Posee)

(Según partida de nacimiento)

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Si es Mayor de 18 Años, DUI: _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ Otro Teléfono: _____

Correo Personal _____ Institucional _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección: _____

Nacionalidad _____

Departamento: _____ Municipio _____ Distrito _____

Estado Civil _____

INFORMACION ACADEMICA ASPIRANTE

Nivel al que Aspira

☐ PRIMERO ☐ SEGUNDO ☐ TERCERO

Especialidad a la que Aspira

- ☐ Bachillerato General
- ☐ Bachillerato Técnico Vocacional Opción Administrativo Contable
- ☐ Bachillerato Técnico Vocacional Opción Desarrollo de Software
- ☐ Bachillerato Técnico Vocacional Opción Atención Primaria en Salud
- ☐ Bachillerato Técnico Vocacional Opción Electrónica

¿Qué le motiva a estudiar el bachillerato seleccionado? _____

HISTORIAL ACADEMICO

Nombre de la Institución de procedencia: _____

En qué año cursó el Ultimo Grado Obtenido: _____ Repite año: SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es SI, contestar la siguiente pregunta

¿Reprobó en el INA? SI ☐ NO ☐ ¿En qué año reprobó en el INA y que Año? _____

Si su respuesta es NO ¿En qué institución reprobó? _____

¿En qué año reprobó? _____

Razones por las que reprobó:

Trabajo ☐ Enfermedad ☐ Otro ☐ Especifique _____

DATOS CLINICOS:

Alérgico a: Medicamento ☐ Alimentos ☐ Otros ☐ Especifique _____

¿Padece Enfermedades Crónicas? SI ☐ NO ☐ ¿Esta en Tratamiento? SI ☐ NO ☐

Especifique _____

¿Medicación Permanente? SI ☐ NO ☐ Nombre del Medicamento _____

Clínica a la que Frecuenta _____ Teléfono Clínica _____

Doctor que lo Chequea _____ Teléfono de Doctor _____

Otro Contacto para llamar en caso de

Emergencia _____ Parentesco _____ Tel.: _____

DATOS FAMILIARES:

Vive con Ambos Padres SI ☐ NO ☐

Nombre del Padre _____ Teléfono: _____ email _____

Lugar de Trabajo Padre _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre de la madre _____ Teléfono: _____ email _____

Lugar de Trabajo Madre _____ Teléfono de Trabajo: _____

Otro Familiar

Nombre del Familiar _____ Teléfono: _____ email _____

Parentesco _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo: _____

Responsable ante la Institución: _____

Parentesco: _____

Teléfono celular _____ Fijo _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo: _____

¿Tiene parientes estudiando en la institución? SI _____ NO _____

Nombre del pariente 1 _____ Sección Pariente 1 _____ Parentesco: _____

Nombre del pariente 2 _____ Sección Pariente 2 _____ Parentesco: _____

Nombre del pariente 3 _____ Sección Pariente 3 _____ Parentesco: _____