



FACULTAD DE INGENIERÍA  
SECRETARÍA DE SERVICIOS ACADÉMICOS  
COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
PRIMER INGRESO 2017



.. **E5** ..



Orden: 334

**PASE DE ACCESO PARA  
EXAMEN MÉDICO AUTOMATIZADO (EMA)**

**\*\*\* Si no presentas esta hoja impresa no podrás ingresar al recinto \*\*\***

Si la extravías o maltratas, deberás imprimirla nuevamente desde el mismo sitio en que la generaste la primera vez.

No. Cuenta: **314081267**

Nombre: **CASTILLO BARRAGAN KEVIN ANUAR**

Bloque: **132** Turno de atención: **E5**

Debes presentarte puntualmente el día **Jueves 11 de agosto de 2016** a las **9:00 horas** en el auditorio Javier Barros Sierra (Conjunto Norte de la Facultad).

Transcurridos 5 minutos del inicio ya no se permitirá el ingreso.

**Duración: 4 HORAS** a partir de la cita.

Asegúrate de reservar este tiempo ya que no podrás salir antes ni acudir en otro día y/o turno.

Independientemente de cualquier otra actividad que tengas, las actividades de primer ingreso se realizan por única ocasión y deben tener prioridad ya que si no las realizas todas, estarás renunciando a tu inscripción en la Facultad.

**INDICACIONES ESPECIALES PARA ESTA ACTIVIDAD**

- Es indispensable presentarse con este pase de acceso y un lápiz con punta del 2 ó 2 ½ (**no lapicero, no marca china**), sacapuntas y goma para borrar, ninguna otra cosa en las manos, ya que recibirás material adicional a la entrada.
- No se permitirá el acceso si no se muestran en la entrada del recinto los requerimientos marcados en el punto anterior.
- Desayunar o comer muy bien antes del examen y presentarse con higiene bucal.
- Se aplicarán las vacunas Hepatitis B y Toxoide Tetánico Diftérico. Traer cartilla de vacunación, de no tenerla se entregará una nueva cartilla y se aplicará esquema de vacunación completo. Si ya fueron aplicadas en el pasado, llevar comprobante de vacunación.
- Las dudas relacionadas con las vacunas deberán tratarse exclusivamente el día del examen con el personal médico capacitado.

Favor de anotar aquí: Peso: \_\_\_\_\_ kg. Estatura: \_\_\_\_\_ cm.

Esquema vacunación (Marcar la opción correspondiente). Tengo vacunas de:

Hepatitis B: SI NO .. Toxoide Tetánico Diftérico: SI NO