



## **SOLICITUD DE ADMISIÓN**

### **Requisitos de Admisión**

Todo candidato deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Completar y entregar en la Oficina de Admisiones una Solicitud de Admisión en o antes de la fecha límite.
2. Entregar una transcripción de créditos oficial que demuestre haber obtenido un Bachillerato en Ciencias de Enfermería.
3. Tener un índice académico de 2.50, excepto para admisión a la especialidad de Anestesia la cual requiere 3.00.
4. Haber aprobado curso básico de estadísticas de tres (3) créditos a nivel sub-graduado con calificación de C o más. Del candidato no cumplir con este requisito, favor refiérase a la Política de Admisión Provisional para su consideración.
5. Los candidatos interesados en solicitar admisión a la especialidad de Anestesia, deberán presentar evidencia de la licencia profesional vigente para ejercer la profesión de enfermería.
6. Entregar ensayo analítico escrito relacionado al campo de la Maestría en Ciencias de Enfermería.
7. Entregar tres (3) cartas de recomendación de profesionales en el área de enfermería, que avalen su trayectoria personal y de empleo. Una de las cartas de recomendación deberá ser de parte de un supervisor (en el presente o pasado), o en su lugar, podrá ser un profesor de sus estudios en enfermería.
8. Los candidatos interesados en solicitar admisión a la especialidad de Anestesia, deberán presentar una carta de recomendación la cual describa el desempeño profesional del solicitante y evidencie la experiencia de trabajo como enfermera/o.
9. El candidato deberá ser entrevistado por un miembro del Comité de Admisiones del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería. Dicho comité tiene la autorización de evaluar los criterios de cada candidato y presentar sus recomendaciones en aquellos casos que se presenten circunstancias excepcionales. El comité de entrevista se compone de:
  - Coordinador/a del Programa de Maestría
  - Un miembro de Facultad
10. Los criterios de admisión serán evaluados conforme al siguiente valor porcentual, con un mínimo requerido de 3.00:

<b>Criterios</b>	<b>Valor Porcentual</b>	
1. Ensayo analítico		20%
2. Cartas de recomendación		40%
-Personal	20%	
-Supervisor o Profesor de Enfermería	20%	
3. Entrevista del Comité*		40%
		100%

\* Como parte de la entrevista se encuentra incluida la evaluación del expediente del candidato, por lo tanto, es importante que esté completo al momento de la entrevista.

### **Maestría en Ciencias en Enfermería con Especialidad en Anestesia**

Además de los requisitos antes indicados, el candidato de nuevo ingreso al programa de Maestría en Ciencias en Enfermería con Especialidad en Anestesia deberá cumplir con lo siguiente:

- Tener un mínimo de un 1 año de experiencia de trabajo como enfermero/a en unidad de cuidado crítico, sala de operaciones o sala de emergencias.
- Tener curso o certificación en Cuidado Crítico.
- Certificado de ACLS vigente.

Este programa no ostenta la acreditación profesional requerida para tomar el examen nacional que se le ofrece a enfermeros(as) anestesistas (*National Board of Certification & Recertification for Nurse Anesthetists*) para poder ejercer la profesión fuera de Puerto Rico.

### **Documentos Requeridos para Iniciar la Práctica en un Programa Graduado**

Todo estudiante admitido a un programa graduado de Maestría en Ciencias de Enfermería y que desee continuar matriculado, deberá someter los siguientes documentos antes de registrarse en los cursos de práctica:

- Certificado de Salud vigente del Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Certificado de Antecedentes Penales oficial y vigente.
- Certificado de CPR vigente.
- Evidencia de Vacunación de Hepatitis B.
- Evidencia de Vacunación para la Influenza.

Todo estudiante tiene que cumplir con todas las regulaciones impuestas por el Departamento de Salud de Puerto Rico para sus facilidades hospitalarias y otros servicios de salud

### I. INFORMACIÓN GENERAL

Escriba la información solicitada en el blanco provisto o seleccione con una marca de cotejo (✓) su respuesta, según corresponda.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_                      Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_                      Teléfono: \_\_\_\_\_                      Otro: \_\_\_\_\_

#### Programa de Estudio:

- Ciencias en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría                       Ciencias en Enfermería con Especialidad en Anestesia  
 Ciencias en Enfermería con Especialidad en Oncología                       Ciencias en Enfermería con Especialidad en Cuidado Crítico  
 Ciencias en Enfermería con Especialidad en Trauma y Sala de Emergencia

#### Tarea Académica:

- Tarea Completa  
 Tarea Parcial

#### Sesión de clases:

- Diurno  
 Nocturno  
 Fin de Semana

#### Tipo de Estudiante:

- Nuevo Ingreso                       Oyente  
 Graduado de Dewey  
 Transferencia  
 Transitorio  
 Especial

#### Sesión y año que desea ingresar al programa de estudio:

Sesión:  agosto                       diciembre                       abril                      Año \_\_\_\_\_

Estudio anteriormente en Dewey University?  Sí ( primer término  segundo término  tercer término)  No

De contestar "Sí" Complete esta información:

Programa: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Recinto/Centro: \_\_\_\_\_ Graduado:  Sí  No

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA:

Incluir certificaciones

Nombre de la Institución <i>Indicar en orden cronológico</i>	Pueblo	Concentración, Grado, o certificación	Fecha de grado	Promedio (GPA)

### IV. INFORMACIÓN ADICIONAL:

#### Experiencia de empleo:

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

--	--	--	--

**Experiencia en el área de investigación:**

Título de la Investigación	Colaborador o Investigador Principal	Entidad/Institución	Fecha

**Publicaciones:**

Título	Revista/Suplemento/Editorial	Fecha

**Mientras cursó estudios de Universidad, ¿Tuvo sanciones por razones académicas, disciplinarias o administrativas?**

Sí     No     No respuesta

Si contestó en la afirmativa, indique la razón:                     Disciplina     Académica     Administrativa

**Indique si ha sido acusado o convicto alguna vez por violaciones a las leyes estatales de Puerto Rico o por las leyes de otro país (excluyendo: infracciones a la ley de tránsito)                     Sí     No     No respuesta**

En caso afirmativo en alguna de estas preguntas, favor de enviar o entregar un escrito donde explique las circunstancias y la fecha aproximada. La Institución revisará cuidadosamente las circunstancias de su situación. Una contestación afirmativa **NO** necesariamente lo descalifica para estudiar en Dewey University. Envíe directamente y marque en el sobre "Confidencial" a la Oficina de Admisiones.

**Medio por el cual se enteró de los ofrecimientos de estudios en Dewey University:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Portal web                    | <input type="checkbox"/> Radio                         | <input type="checkbox"/> Exalumno              |
| <input type="checkbox"/> Televisión                    | <input type="checkbox"/> Referido por amigo o familiar | <input type="checkbox"/> Maestro de Escuela    |
| <input type="checkbox"/> Prensa/revista                | <input type="checkbox"/> Estudiante de Dewey           | <input type="checkbox"/> Orientador de Escuela |
| <input type="checkbox"/> Promoción en centro comercial | <input type="checkbox"/> Graduado de Dewey             | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |

**V. INFORMACIÓN OPCIONAL:**

¿Necesita ser referido para recibir algún servicio de apoyo?<sup>3</sup>                     Sí     No

Si contestó Sí, explique \_\_\_\_\_

<sup>3</sup>Dewey University cumple con los requerimientos de la Ley para Personas con Discapacidades (American with Disabilities Act [ADA]) facilitando el acomodo razonable cuando sea solicitado a través de la Oficina de Asuntos Estudiantiles.

**VI. DECLARACIÓN**

Certifico que entiendo mi responsabilidad expresada en la siguiente advertencia:

**Advertencia sobre el cumplimiento con la ley y reglamentación que protege los derechos de autor:**

La distribución o reproducción no autorizada, por cualquier medio, de material protegido por las leyes y la reglamentación de derechos de autor ("Copyright Act of 1976, 17 U.S.C., 101 et seq. Ley # 96 del 15 de Julio de 1988, Ley de Propiedad Intelectual del Estado

Libre Asociado de Puerto Rico”) puede conllevar la imposición de sanciones civiles y criminales. El Reglamento General de Estudiantes contiene disposiciones sobre honestidad y ética académica que contemplan la protección de este tipo de material y la violación de las mismas puede conllevar la imposición de sanciones disciplinarias. Hay medios legítimos para obtener y distribuir materiales protegidos, para su información, puede entrar a [www.educause.edu/legalcontent](http://www.educause.edu/legalcontent)

**□ Aceptación y relevo:**

Acepto y reconozco que he sido informado por la Institución de lo siguiente:

- El programa en el que estoy matriculado incluye un curso de práctica el cual es requisito de graduación.
- Los centros de práctica disponibles 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.

Ya que he sido informado (a) de todo lo anterior, reconozco que el incumplimiento con alguno de los requisitos mencionados puede impedir el que tome el curso de práctica y el que pueda graduarme del programa en el que intereso ser admitido(a). A esos efectos, relevo a Dewey University de toda responsabilidad en la eventualidad que no pueda tomar el curso de práctica, por razón de mi incumplimiento con alguno de los requisitos establecidos por los centros de práctica.

## VII. CERTIFICACIÓN

Certifico, so pena de que se declare nula mi admisión que toda información académica y personal en este formulario es veraz, exacta y completa; que en todo momento cumpliré con las normas y reglamentos de la Institución; acepto los costos totales de estudio y que los mismos no incluyen materiales, libros, togas ni uniformes; seré responsable por cualquier balance pendiente no cubierto por las ayudas económicas. Cualquier balance pendiente es pagadero inmediatamente o mediante un plan de pago diferido certificado por la oficina de recaudos. Además, entiendo y acepto que, de iniciarse un proceso de cobro de dinero, seré referido a las agencias de informes de crédito.

Nota: Todos los documentos sometidos en la solicitud de admisión son propiedad de Dewey University y no serán devueltos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

***Dewey University es una Institución en cumplimiento con EEO / AA / Título VI / Título V/ Título IX / Secciones 503 y 504/ADA/ADEA y VEVRAA en la prestación de sus programas académicos, servicios de educación y en el reclutamiento y ascenso de empleados. Todos los aspirantes cualificados recibirán las mismas oportunidades sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, religión, embarazo, estado civil, edad, discapacidad física o mental, o estatus de veterano o por cualquier otra condición protegida por ley.***

**DEWEY**  
UNIVERSITY

Oficina de Admisiones  
Estudios Graduados  
Recinto de Hato Rey  
PO Box 19538  
San Juan, P.R. 00910-1538

Rev. 21 de julio de 2020

## RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS GRADUADOS

### PARTE A. Solicitante

Complete la parte A. Entregue el documento a cada profesional en el área de enfermería (3) que le recomendará para que complete la Parte B. La recomendación deberá ser enviada por el Recomendante dentro de la fecha límite para solicitar.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Programa al que solicita admisión: \_\_\_\_\_

Conforme a las disposiciones del "Family Education Rights and Privacy Act of 1974", el solicitante tiene derecho a examinar este documento cuando forme parte de su expediente como solicitante al programa graduado descrito anteriormente. Seleccione con una marca (✓) su respuesta, según corresponda

Deseo ejercer mi derecho       Renuncio a ejercer mi derecho

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE B. Recomendante:**       Supervisor       Profesor de Estudios en Enfermería       Profesional de Enfermería

Complete y envíe a Dewey University, Recinto de Hato Rey, Oficina de Admisiones, PO Box 9538, San Juan, PR 00910-1538.

Nombre: \_\_\_\_\_ Institución para la cual trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años hace que conoce al solicitante? : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

### PARTE I – Competencias del Solicitante

Haga una marca [✓] en la columna que mejor represente su opinión sobre las competencias que posee el Solicitante.

Competencias	3 Excelente	2 Bueno	1 Deficiente	0 No sé
--------------	----------------	------------	-----------------	------------

Criterio	5 Excepcional	4 Sobresaliente	3 Muy bueno	2 Bueno	1 Promedio	0 No tengo elementos
Comunicación verbal						
Comunicación escrita						
Destrezas tecnológicas						
Liderato						
Relaciones interpersonales						
Responsabilidad social						

<b>Conducta íntegra y Ética</b>						
<b>Creatividad</b>						
<b>Análisis y evaluación de argumentos</b>						
<b>Disposición a la investigación</b>						

**PARTE II – Comentarios**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Identifique su respuesta con una marca de cotejo (√):

Recomiendo al solicitante     
 Recomiendo al solicitante con reservas     
 No recomiendo al solicitante

Firma:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

**Dewey University** es una Institución en cumplimiento con EEO / AA / Título VI / Título V/ Título IX / Secciones 503 y 504/ADA/ADEA y VEVRAA en la prestación de sus programas académicos, servicios de educación y en el reclutamiento y ascenso de empleados. Todos los aspirantes cualificados recibirán las mismas oportunidades sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, religión, embarazo, estado civil, edad, discapacidad física o mental, o estatus de veterano o por cualquier otra condición protegida por ley.

## RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS GRADUADOS

### PARTE A. Solicitante

Complete la parte A. Entregue el documento a cada profesional en el área de enfermería (3) que le recomendará para que complete la Parte B. La recomendación deberá ser enviada por el Recomendante dentro de la fecha límite para solicitar.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Programa al que solicita admisión: \_\_\_\_\_

Conforme a las disposiciones del "Family Education Rights and Privacy Act of 1974", el solicitante tiene derecho a examinar este documento cuando forme parte de su expediente como solicitante al programa graduado descrito anteriormente. Seleccione con una marca (✓) su respuesta, según corresponda

Deseo ejercer mi derecho                       Renuncio a ejercer mi derecho

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### PARTE B. Recomendante:                      Supervisor                      Profesor de Estudios en Enfermería                      Profesional de Enfermería

Complete y envíe a Dewey University, Recinto de Hato Rey, Oficina de Admisiones, PO Box 9538, San Juan, PR 00910-1538.

Nombre: \_\_\_\_\_ Institución para la cual trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años hace que conoce al solicitante? : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

### PARTE I – Competencias del Solicitante

Haga una marca [✓] en la columna que mejor represente su opinión sobre las competencias que posee el Solicitante.

Competencias	3 Excelente	2 Bueno	1 Deficiente	0 No sé		
	5 Excepcional	4 Sobresaliente	3 Muy bueno	2 Bueno	1 Promedio	0 No tengo elementos
Comunicación verbal						
Comunicación escrita						
Destrezas tecnológicas						
Liderato						

Relaciones interpersonales						
Responsabilidad social						
Conducta íntegra y Ética						
Creatividad						
Análisis y evaluación de argumentos						
Disposición a la investigación						

**PARTE II – Comentarios**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Identifique su respuesta con una marca de cotejo (√):

- Recomiendo al solicitante     
 Recomiendo al solicitante con reservas     
 No recomiendo al solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

***Dewey University** es una Institución en cumplimiento con EEO / AA / Título VI / Título V/ Título IX / Secciones 503 y 504/ADA/ADEA y VEVRAA en la prestación de sus programas académicos, servicios de educación y en el reclutamiento y ascenso de empleados. Todos los aspirantes cualificados recibirán las mismas oportunidades sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad*



de género, origen nacional, religión, embarazo, estado civil, edad, discapacidad física o mental, o estatus de veterano o por cualquier otra condición protegida por ley.

## RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS GRADUADOS

### PARTE A. Solicitante

Complete la parte A. Entregue el documento a cada profesional en el área de enfermería (3) que le recomendará para que complete la Parte B. La recomendación deberá ser enviada por el Recomendante dentro de la fecha límite para solicitar.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Programa al que solicita admisión: \_\_\_\_\_

Conforme a las disposiciones del "Family Education Rights and Privacy Act of 1974", el solicitante tiene derecho a examinar este documento cuando forme parte de su expediente como solicitante al programa graduado descrito anteriormente. Seleccione con una marca (✓) su respuesta, según corresponda

Deseo ejercer mi derecho       Renuncio a ejercer mi derecho

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE B. Recomendante:**       Supervisor       Profesor de Estudios en Enfermería       Profesional de Enfermería

Complete y envíe a Dewey University, Recinto de Hato Rey, Oficina de Admisiones, PO Box 9538, San Juan, PR 00910-1538.

Nombre: \_\_\_\_\_ Institución para la cual trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años hace que conoce al solicitante? : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

### PARTE I – Competencias del Solicitante

Haga una marca [✓] en la columna que mejor represente su opinión sobre las competencias que posee el Solicitante.

Competencias	3 Excelente	2 Bueno	1 Deficiente	0 No sé		
Criterio	5 Excepcional	4 Sobresaliente	3 Muy bueno	2 Bueno	1 Promedio	0 No tengo elementos
Comunicación verbal						
Comunicación escrita						
Destrezas tecnológicas						

Liderato						
Relaciones interpersonales						
Responsabilidad social						
Conducta íntegra y Ética						
Creatividad						
Análisis y evaluación de argumentos						
Disposición a la investigación						

**PARTE II – Comentarios**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Identifique su respuesta con una marca de cotejo (√):

- Recomiendo al solicitante     
 Recomiendo al solicitante con reservas     
 No recomiendo al solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Dewey University** es una Institución en cumplimiento con EEO / AA / Título VI / Título V/ Título IX / Secciones 503 y 504/ADA/ADEA y VEVRAA en la prestación de sus programas académicos, servicios de educación y en el reclutamiento y ascenso de empleados. Todos los aspirantes cualificados recibirán las mismas oportunidades sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, religión, embarazo, estado civil, edad, discapacidad física o mental, o estatus de veterano o por cualquier otra condición protegida por ley.

