

HISTORIAL DE DATOS PERSONALES

Si marcó cambio, indique el cambio que solicita:		Efectividad del cambio	
		mes	día
		año	
Pantalla(s)	1. Número de Seguro Social (ID)	2. Nombre de Suscripción-Primer y Segundo Apellido, Nombre e Inicial	
010			
011	3. Nombre según Seguro Social-Primer y Segundo Apellido, Nombre e Inicial		
	4. Nombre de Inscripción según Acta Nac.-Primer y Segundo Apellido, Nombre(s)		
	5. Estado Civil [marque (X)]: [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Viudo [ ] Divorciado	6. Sexo [ ] Femenino [ ] Masculino	7. Fecha y país de Nacimiento
			mes      día      Año      País
011	8. Dirección Residencial:	9. Dirección Postal:	
027	Calle y Número _____ Urb. o Barrio _____ Ciudad y País _____ Teléfono _____	Calle, Número/Buzón _____ Urb. o Barrio _____ Ciudad o País _____ Zona Postal _____	
021	10. Status Militar (si aplica): [ ] AR-Activo en Reserva [ ] IC-Inactivo en Reserva (Sujeto a ser llamado)	11. Ciudadanía: [ ] IR-Inactivo en Reserva [ ] AG-Activo en Guardia Nacional [ ] IG-Inactivo en Guardia Nacional	
	Datos sobre Etnia y Raza: 12. Hispano [ ] Sí [ ] No	13. Grupo Racial: [ ] Asiático [ ] Blanco [ ] Negro o africano [ ] Negro o afroamericano [ ] Oriundo de Hawaii o de las Islas del Pacífico	
	14. Número de Tarjeta Residencial Naturalización	15. Tipo de Visa y Fecha de expiración	16. Efectividad Visa Original
	_____	_____ mes      día      año	_____ mes      día      año
	17. En caso de Emergencia Notifique: Nombre	Teléfono	Parentesco      Dirección
	_____	_____	_____
023	18. Preparación Académica más alta (en grado ascendente)	Bachillerato, Maestría, Doctorado, Estudios Post-Doctorales	
	Grado Obtenido      Año      Especialidad	Universidad o Colegio	País
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
19. Nombre y Seguro Social del Cónyuge (P22)	20. Licencia Profesional (P24)	21. Colegiación (P24)	22. Registro Depto. Salud(P24)
	Número _____	Número _____	Número _____
	Efectividad _____	Efectividad _____	Efectividad _____
	mes      día      año	mes      día      año	mes      día      año
	Expiración _____	Expiración _____	Expiración _____
	mes      día      año	mes      día      año	mes      día      año
23. ¿Trabajo o trabajó en E.L.A. [ ] Sí [ ] No	24. ¿Trabaja o trabajó en U.P.R.? [ ] Sí [ ] No		
Agencia _____	Unidad Institucional _____		
Tipo de Contratación _____	Tipo de Contratación _____		
Fecha de Renuncia : _____	Ultimo Período Trabajado:		
mes      día      año	Desde:      Hasta:		
	mes      día      año      mes      día      año		
¿Aplica Ley 100? [ ] Sí [ ] No (P12)			
25. ¿Está jubilado? [ ] Sí [ ] No	Certifico que la información contenida en este formulario es correcta		
Agencia: _____	Firma del empleado		Fecha
Fecha de Jubilación : _____	Firma del Funcionario Administrativo		Fecha
mes      día      año			