



# Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

## REPORTE DE HISTORIAL CLÍNICO

(Favor de entregar a su médico)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

### REQUISITOS DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS SE DEBERÁN LLENAR LOS ESPACIOS VACÍOS (MM/DD/AA)

VACUNAS:						
Difteria, tétanos y tos ferina (DPT/DT)						
Polio						
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Vacuna contra la varicela						
Historial de varicela						
Meningococo			Otra			

\* Agudeza visual: OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_ \* Agudeza auditiva: AD \_\_\_\_\_ AS \_\_\_\_\_ WNL \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

Reporte físico: Altura (pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (libras): \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_

### Conteste todas las preguntas: (Favor de comentar en las respuestas positivas, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Varicela: ¿A qué edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad o Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis o Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar tipo I, II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías u operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia o psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: (Favor de explicar, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

### Are the following systems normal? (Please fully describe any abnormalities.)

	NORMAL	ABNORM		YES	NO
1. Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ALERGIAS:</b>		
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Medicamentos a base de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aparato genitourinario o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Alimentos (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Otra: _____		
7. Metabólico y endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Dermatológico o trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ¿Tiene algún órgano deteriorado? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Tiene alguna limitación física? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento médico? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Está tomando algún medicamento? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO

Firma de médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Escribir en letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

## FORMULARIO MÉDICO

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Este formulario debe ser llenado cada año por el padre o tutor del estudiante. Deberá ser recibido por el personal del departamento médico antes de que el estudiante participe en algún tipo de deporte, actividad, o juego, ya sea dentro o fuera de la temporada. Las preguntas están estructuradas para complementar el reporte de historial clínico. Si hay algún cambio en la salud del solicitante que haga peligrosa su participación, favor de mencionarlo. Todas las respuestas positivas que no hayan sido mencionadas en el reporte de historial médico van a requerir de un examen físico adicional.

- |  | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Durante los últimos 12 meses (desde su más reciente examen físico):   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| a. ¿Ha sido hospitalizado?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ¿Ha tenido alguna lesión que requiera visitar al médico?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. ¿Ha tenido alguna enfermedad durante más de una semana?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que haya contestado positivo a alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar la fecha y motivo.<br>_____  |                       |                       |
| 2. ¿Toma el solicitante algún medicamento con regularidad?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso afirmativo, favor de mencionar los medicamentos y diagnóstico: _____   |                       |                       |
| <i>Cuota diaria por medicamento (no reembolsable): Los medicamentos son administrados tres veces al día durante el período de comida. Los cadetes que estén tomando medicamentos deberán presentarse con personal del departamento médico. No se les permite a los estudiantes tener bajo su cuidado medicamentos.</i> | \$150.00              | por semestre          |
| 3. ¿Hay alguna razón por la que debamos de limitar la participación del menor en eventos deportivos?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de especificar el motivo: _____   |                       |                       |
| 4. ¿Prohíbe que su cadete participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o box?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____   |                       |                       |
| 6. ¿Alguna vez ha convulsionado?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____   |                       |                       |
| 7. ¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de especificar el motivo: _____   |                       |                       |
| 8. ¿Carece de algún órgano?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de explicar: _____  |                       |                       |
| 9. ¿Usa de algún aparato dental?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____   |                       |                       |
| 11. ¿Es alérgico a algún medicamento?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de mencionar cuáles: _____  |                       |                       |
| 12. ¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, favor de explicar: _____  |                       |                       |
| 13. ¿Ha sido vacunado este año?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| a. Tétano, fecha: _____  |                       |                       |
| b. Polio, fechas: _____  |                       |                       |
| c. Vacuna triple vírica (SPR), fecha: _____  |                       |                       |
| 14. ¿Ha habido cambios en su seguro de salud?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso de que sí, por favor llene otro formulario de autorización y seguro.   |                       |                       |

TODO cambio en la salud de su cadete debe de ser mencionado a la oficina medica para asegurar que no ocurra una lesión más grave y que se de el tratamiento adecuado recetado por el médico. Certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera, completa y correcta.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de padre/tutor/responsable: \_\_\_\_\_

Departamento médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

09/18/2012



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org  
www.mma-tx.com.mx

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y SEGURO

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tel. casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Padre/Responsable** [Apellido (s), nombre(s)]: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. compañía: ( ) \_\_\_\_\_

Número(s) de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

Número de certificado: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza: ( ) Grupo ( ) Individual

**Madre/Responsable** [Apellido (s), nombre(s)]: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. compañía: ( ) \_\_\_\_\_

Número(s) de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

Número de certificado: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza: o Grupo o Individual

¿Está cubierto por una póliza de seguro el solicitante? o No o Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico? o No o Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

### Debe incluir una copia de la cara delantera y trasera de la(s) tarjeta(s).

**Nota importante:** Si no tienen un proveedor de seguros, debe seleccionar una farmacia de la lista adjunta y contactarlos para proporcionarles su número de tarjeta de crédito. Lo mismo sucede si su hijo es referido a otro médico. Si el departamento médico de MMA le notifica que su hijo necesita cierto servicio de algún proveedor, es su responsabilidad ponerse en contacto con ellos para llegar a un acuerdo financiero para el pago.

Esta autorización es para el solicitante antes mencionado:

Yo como ( ) padre, ( ) tutor, ( ) responsable, doy mi consentimiento al tratamiento médico del menor. Autorizo que los médicos contratados por Marine Military Academy (MMA) u otros doctores elegidos por la academia le den tratamiento médico de rutina (así como también por enfermedades o lesiones). En el evento de una emergencia, el personal de MMA tratará de notificar a los padres o tutores primero. Si éstos no pueden ser localizados, los oficiales escolares, por medio de ésta quedan autorizados de tomar cualquier acción médica, como cirugía o tratamiento dental. En caso de que el solicitante se lesione en su estancia en MMA, por la presente autorizo que los hospitales, doctores, u otros proveedores médicos formulen una declaración detallada de los cargos a Marine Military Academy para que el seguro de accidentes estudiantiles se pueda procesar si llega a entrar en la cobertura. MMA, a quien le doy esta autoridad, es una institución educativa en la que el menor está inscrito como estudiante y no es responsable financieramente.

Mediante la presente certifico que la información médica incluida en este formulario está completa y es correcta; y una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: [admissions@mma-tx.org](mailto:admissions@mma-tx.org)  
[www.mma-tx.com.mx](http://www.mma-tx.com.mx)

## PROVEEDORES MÉDICOS Y FARMACIAS

En caso de que un médico necesite examinar a su hijo, Marine Military Academy (MMA) proveerá el transporte de ida y vuelta a la oficina del doctor o dentista. Los medicamentos pueden ser enviados al departamento médico de MMA o pueden ser adquiridos de una farmacia local.

Con excepción a una emergencia, es su responsabilidad ponerse en contacto con el proveedor médico o farmacia con anticipación para llegar a un acuerdo financiero respecto al pago. MMA no actúa de intermediario para el pago. Los gastos médicos no pueden ser cargados a su cuenta con MMA. Si tiene previsto cargos constantes de medicamentos, por favor proporcione al principio del año escolar los datos de su tarjeta de crédito a la farmacia de su elección.

MMA sugiere las siguientes farmacias:

Harlingen Clinic Pharmacy ..... (956) 364-2600

Walgreen's ..... (956) 412-8362

CVS ..... (956) 423-3373



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES  
 320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
 TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
 Correo electrónico: admissions@mma-tx.org  
 www.mma-tx.com.mx

## INFORME CONFIDENCIAL

(Favor de entregar al colegio de procedencia)

Nombre: \_\_\_\_\_ Año escolar actual: \_\_\_\_\_

### Para el director o consejero:

El estudiante antes mencionado ha solicitado ingresar a Marine Military Academy. MMA tiene un programa académico muy demandante, así como también un riguroso programa físico. Por favor pídale al director, subdirector o asesor del estudiante que lo conoce que llene este formulario y lo entregue a Marine Military Academy o a los padres de familia o encargados del menor. Este reporte será usado únicamente para el proceso de admisión y no formará parte del récord del estudiante.

### Evaluación académica (Marque con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para escribir					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

1. ¿Es un colegio acreditado? .....  Sí  No
2. ¿Califica el candidato al próximo ciclo escolar en su colegio? .....  Sí  No
3. ¿Esta en algún programa de educación especial? .....  Sí  No  
 En caso de que sí, favor de especificar indicar cuál: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha estado involucrado en actos deshonestos? .....  Sí  No
5. ¿Ha estado relacionado en el uso indebido de drogas? .....  Sí  No
6. ¿Tiene problemas de mala conducta o comportamiento perjudicial? .....  Sí  No
7. ¿Ha tenido problemas para adaptarse con sus compañeros? .....  Sí  No
8. ¿Ha tenido problemas de salud física? .....  Sí  No
9. ¿Ha tenido problemas de salud emocional? .....  Sí  No
10. ¿Ha sido disciplinado por directivos o un jurado estudiantil? .....  Sí  No
11. ¿Ha sido suspendido? .....  Sí  No
12. ¿Ha sido expulsado? .....  Sí  No
13. ¿Ha tenido alguna vez comportamientos que pudieran indicar posible peligro para sus compañeros? .....  Sí  No
14. ¿Ha hecho comentarios o amenazas que pudieran indicar riesgo hacia los demás? .....  Sí  No

\*En caso de ser positivas las preguntas 4 a 12, favor de explicar en la siguiente hoja o adjuntar un documento que aclare sus respuestas.



## INFORME CONFIDENCIAL

(Favor de entregar al colegio de procedencia)

Estimado director o asesor:

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del director/asesor(a): \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Colegio de procedencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org  
www.mma-tx.com.mx

## EVALUACIÓN DE PROFESOR DE INGLÉS

Nombre: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Evaluación académica (No olvide marcar con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para escribir					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del profesor(a) : \_\_\_\_\_ Asignatura: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org  
www.mma-tx.com.mx

## EVALUACIÓN DE PROFESOR DE MATEMÁTICAS

Nombre: \_\_\_\_\_ Año escolar actual: \_\_\_\_\_

Evaluación académica (No olvide marcar con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del profesor(a): \_\_\_\_\_ Asignatura: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_





# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext.861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org  
www.mma-tx.com.mx

## EXPEDIENTE ACADÉMICO

(Favor de entregar a la escuela de procedencia)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

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

Para (colegio de procedencia): \_\_\_\_\_

De (nombre del padre/tutor/ responsable): \_\_\_\_\_

Autorizo el envío del expediente académico de mi hijo a Marine Military Academy. Favor de enviar a MMA el expediente oficial que indique las materias que ha cursado, calificaciones, créditos por materia, evaluaciones, así como también otros documentos importantes.

Para poder determinar en qué año escolar se va a colocar al estudiante son necesarios los siguientes documentos:

- ◆ Expediente académico completo, incluyendo el año que actualmente cursa y la explicación de los códigos de calificación.
- ◆ El reporte de calificaciones más reciente. Cuando el año académico culmine, favor de enviar las calificaciones de fin de curso al departamento de admisiones de Marine Military Academy.
- ◆ Resultados de exámenes generales de evaluación u otros (incluya el nombre y fecha de los exámenes)
- ◆ Año académico en el que se encuentra el solicitante: \_\_\_\_\_
- ◆ Cantidad de horas crédito tomadas hasta la fecha: \_\_\_\_\_ ¿De cuántas? \_\_\_\_\_
- ◆ Promedio general: \_\_\_\_\_

Gracias por su ayuda.

X \_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor/responsable