



SOCIEDAD DE  
EDUCACIÓN  
Y REHABILITACIÓN  
DE PUERTO RICO

**Solicitud de Internado Doctoral en Psicología**  
Programa de Internado Doctoral en Psicología  
Departamento de las Ciencias de la Conducta

Nombre legal (con dos apellidos): \_\_\_\_\_

Pronombre de preferencia: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia o apodo: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (principal): \_\_\_\_\_ Teléfono (adicional): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (principal): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (adicional): \_\_\_\_\_

Por favor enumere los lenguajes en los que puede hablar con suficiente fluidez para ofrecer terapias (incluyendo Lenguaje de Señas) : \_\_\_\_\_

**Información sobre el Programa Graduado en el que está matriculado**

Nombre de la Universidad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Promedio: \_\_\_\_\_

Grado que obtendrá una vez complete los requisitos de su Universidad: \_\_\_\_ PhD \_\_\_\_ PsyD

Subcampo de la Psicología : \_\_\_\_\_

¿Ha completado de manera exitosa las pruebas calificativas de su institución? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Ha completado sus requisitos académicos (excluyendo Disertación e Internado)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Tiene un grado de maestría? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

### **Información sobre su Proyecto de Disertación**

¿Ha sido aprobado el Coloquio de su proyecto?  Sí  No

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_ o Fecha en que espera completarlo: \_\_\_\_\_

¿Ha completado el recogido de sus datos?  Sí  No

Fecha de culminación: \_\_\_\_\_ o Fecha en que espera culminarlo: \_\_\_\_\_

¿Ha completado el análisis de sus datos?  Sí  No

Fecha de culminación: \_\_\_\_\_ o Fecha en que espera culminarlo: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado la Defensa de su Disertación?  Sí  No

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_ o Fecha en que espera presentarla: \_\_\_\_\_

### **Resumen de Experiencias de Práctica**

Por favor, provea un estimado de las horas que ha completado en:

Intervención \_\_\_\_\_ Evaluación \_\_\_\_\_ Supervisión \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los nombres de las Pruebas (Cognitivas, de Personalidad, de Aprovechamiento, etc.) que ha administrado durante sus experiencias de práctica (incluyendo versión):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Ha provisto servicios de salud mental a personas con discapacidades físicas?  Sí  No

¿Ha provisto servicios de salud mental a personas ciegas?  Sí  No

¿Ha provisto servicios de salud mental a personas sordas?  Sí  No

¿Ha provisto servicios de salud mental a personas con discapacidad intelectual?  Sí  No

¿Ha provisto servicios de salud mental a personas con Trastornos del desarrollo?  Sí  No