

Fecha: ____/____/____
 DÍA MES AÑO

Apellidos/ Last Name: _____

Nombre(s)/ Names: _____

Fecha de Nac./ Birth Date: Día/ Day ____ Mes/ Month ____ Año/ Year ____

Lugar de Nac./ Place of Birth _____

Sexo / Sex M F

Nacionalidad/ Citizenship: _____

No. De Pasaporte: _____

Estado Civil/ Marital Status: Soltero(a)/ Single Casado(a)/ Married

Nivel a Ingresar/ Level of studies: Carreras Profesionales/ Professional Degree Maestría/ Master

CARRERA/ Study Field _____

Tetramestre de Intercambio/ Exchange Semester

Otoño 20____
Fall (Sep.-Dic.)

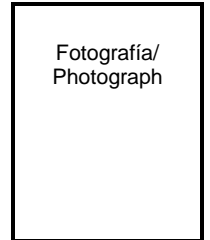
Primavera 20____
Spring (Jan.-Apr.)

Verano 20____
Summer (May-Aug.)

Doble Titulacion 20____
Dual Degree (Sep.-Aug.)

Por favor anota las materias propuestas a cursar en la UR durante el intercambio
Details of your course preferences to be taken in UR during the exchange period

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Domicilio del Estudiante/ Student's Address

Calle/ Street _____ Número/ Number _____

Ciudad/ City _____ Código Postal/ Postal Code _____ País/ Country _____

Teléfono/ Phone No. (____) _____ Email: _____

Persona a quien avisar en caso de emergencia

Person to contact in case of emergency

Nombre/ Name _____

Domicilio/ Address: _____ Tel. _____

Tel(s)de trabajo/ office phone number _____ celular/ Mobile phone _____

Parentesco/ relationship to you _____

Evalúa tu nivel del español utilizando los siguientes parámetros: malo, regular, bueno o excelente
Please evaluate your Spanish level using: poor, fair, good, or excellent

	Escrito/writing	Leído/reading	Hablado/speaking
Español Spanish			

¿Deseas tomar el curso de español? Do you wish to take the Spanish course? SI/ YES NO
¿Deseas tomar el curso de Historia y Cultura mexicana? En Español/ In Spanish
Do you wish to take the Mexican History and Culture course? En Inglés/ In English

Es requisito tener seguro medico con cobertura directa en México.
It is requirement having health insurance with direct coverage in Mexico.

Nombre de aseguradora: _____
Name of insurance company:

Número de Poliza/ Insurance number: _____

Número de teléfono de emergencia: _____
Emergency telephone number:

Requisitos requirements Por favor incluye lo siguiente: Please include the following:

- **Certificado de estudios Last transcript**
- Copia de póliza del seguro medico copy of health insurance
- Copia de pasaporte Passport copy
- 1 fotografía 1 picture

Universidad de Origen/ Home Institution

Nombre de la Universidad
Institution's name _____

Encargado de intercambios
Exchange coordinator _____

Teléfono
phone (____) _____ Fax: (____) _____

E-mail: _____

CERTIFICO QUE TODO LO QUE HE LEIDO Y CONTESTADO ES CORRECTO Y LO ACEPTO.
I ACKNOWLEDGE THAT ALL MY STATEMENTS ON THIS APPLICATION FORM ARE COMPLETE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY ABILITY.

Firma y sello Encargado de Intercambios
Signature and stamp Exchange Coordinator

Firma del solicitante Applicant's signature

IMPORTANTE: Esta solicitud deberá ser llenada con letra de molde y con tinta y no se tramitará si carece de alguna de las firmas solicitadas o requisitos mencionados.
IMPORTANT: This application form has to be filled in with block letters and with ink and cannot be processed if signatures or requirements are missing.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS**SELF-ASSESSMENT MEDICAL FORM**

Nombre completo:

Full name:

Universidad de procedencia:

Home institution:

Marca uno/ circle

one

- | | |
|--|---------------|
| 1) ¿Tienes condiciones medicas preexistentes (enfermedades crónicas o actuales)?
<i>Do you have any pre-existing conditions (chronic or actual diseases)?</i>
Si contestaste afirmativo, cuáles:/ <i>If you answered yes, which:</i> | No
Si/ Yes |
| 2) ¿Has recibido tratamiento medico o medicamentos recientemente?
<i>Do you currently receive any treatments or medication on a regular basis?</i>
Si contestaste afirmativo, para qué:/ <i>If you answered yes, which:</i> | No
Si/ Yes |
| 3) ¿Tienes alergias contra medicamentos, plantas, comida, animales u otros?
<i>Do you have any allergies to medication, plants, food, animal sor others?</i>
Si contestaste afirmativo, cuales:/ <i>If you answered yes, which:</i> | No
Si/ Yes |
| 4) ¿Tienes alguna limitación física o discapacidades?
<i>Do you have any physical limitations or disabilities?</i>
Si contestaste afirmativo, cuales:/ <i>If you answered yes, which:</i> | No
Si/ Yes |
| 5) ¿Has tenido alguna enfermedad mayor?
<i>Have you ever had a major illness?</i>
Si contestaste afirmativo, cuales:/ <i>If you answered yes, which:</i> | No
Si/ Yes |
| 6) ¿Has estado hospitalizado alguna vez?
Have you ever been hospitalizad?
Si contestaste afirmativo, porqué:/ <i>If you answered yes, what for:</i> | No
Si/ Yes |
| 7) ¿Has obtenido alguna vez tratamiento de un psiquiatra, psicólogo o
O en alguna institución mental por desorden mental, emocional o nervioso?
<i>Have you ever been treated by a psychiatrist, psychologist or in a mental institution
for any mental, emotional or nervous disorder?</i>
Si contestaste afirmativo, porqué:/ <i>If you answered yes, what for:</i> | No
Si/ Yes |
| 8) ¿Existen preocupaciones respecto a tu salud, historia familiar u otro asunto que
Quieres discutir con la coordinación de intercambios de la UR antes de tu intercambio?
<i>Are there any concerns regarding your health, family history, or other matters that
You World like to discuss with a member of UR befote your departure?</i> | No
Si/ Yes |

Al firmar abajo, certifico que la información medica es completa y sincera.

By signing below, I certify that the above information is complete and true to the best of my knowledge.

También certifico que entiendo y estoy de acuerdo que la aceptación como estudiante en la UR depende de mi condición física y psíquica.

*I also certify that I understand and agree that my acceptance as a student at UR may depend on my physical and psychical condition.*Firma del solicitante *Applicant's signature*Fecha *Date*