

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.)

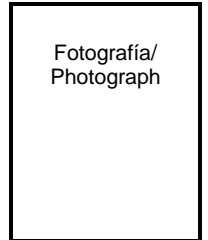
Primavera 20\_\_\_\_  
Spring (Jan.-Apr.)

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/ <i>writing</i>	Leído/ <i>reading</i>	Hablado/ <i>speaking</i>
Español <i>Spanish</i>			

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