Solicitud de Aplicación

Alumnos Internacionales

Por favor de leer cuidadosamente las instrucciones de cada página y contesta lo que se te indica.

Debes anexar a tu postulación los siguientes documentos:

1. Solicitud completa, con fotografía (puede ser digital).
2. Transcript o Kardex oficial. (certificado de calificaciones)
3. Copia pasaporte vigente.
4. Cuestionario de Salud.
5. Aviso de privacidad llenado y firmado.

Si ya has sido aceptado…

1. Se te enviará el paquete de bienvenida, en donde se incluirán tu carta de aceptación y los siguientes formatos:
   a) Plan de viaje.
   b) Formato de elección de horario y materias.
   c) Cuestionario de hospedaje. (Solo si desea vivir con una familia anfitriona)
   d) Horario de la Orientación
   e) Manual de intercambio.
   f) Instrucciones Migratorias

Estos documentos los deberás enviar por fax +(52) 222 2.299.498 o correo electrónico intercam@upaep.mx a más tardar una semana después de que hayas recibido tu paquete de bienvenida.

2. Deberás adquirir un seguro de gastos médicos mayores con cobertura internacional amplia y enviar por fax o por correo electrónico, una copia de tu póliza o tu tarjeta de seguro, a la oficina de movilidad estudiantil, antes de tu llegada a la UPAEP. Los alumnos que no cumplan con esté requisito, no podrán realizar su programa de intercambio.

CONTACTO
Programas Internacionales

Coordinadora de Movilidad Estudiantil
Yazmin Álvarez intercam@upaep.mx
Tel: (222) 22 994 00 Ext.7135

Sitio en Internet para mayor información y consulta: http://www.upaep.mx/internationalprograms/

Solicitud de Aplicación

Alumnos Nacionales

Por favor de leer cuidadosamente las instrucciones de cada página y contesta lo que se te indica.

Debes anexar a tu postulación los siguientes documentos:

1. Solicitud completa, con fotografía (puede ser digital)
2. Certificado de calificaciones acumuladas oficial o Kardex oficial.
3. Copia del IFE
4. Cuestionario de Salud.
5. Aviso de privacidad llenado y firmado

Si ya has sido aceptado…

1. Se te enviara el paquete de bienvenida, en donde incluirán los siguientes formatos que nos enviarás por fax o por correo electrónico.

   a) Formato de Autorización y deslinde.
   b) Plan de viaje.
   c) Formato de Elección de horario y materias.
   d) Cuestionario de hospedaje. Cuestionario de hospedaje. (Solo si desea vivir con una familia anfitriona)
   e) Horario de la Orientación
   f) Manual de intercambio

Estos documentos los deberás enviar por fax +(52) 222 2.299.498 o correo electrónico intercam@upaep.mx a más tardar una semana después de que hayas recibido tu paquete de bienvenida.

2. Deberás adquirir un seguro de gastos médicos mayores con cobertura nacional y enviar por fax o por correo electrónico, una copia de tu póliza o tu tarjeta de seguro, a la oficina de intercambios.

CONTACTO
Programas Internacionales

Coordinadora de Movilidad Estudiantil
Yazmin Álvarez intercam@upaep.mx
Tel (222) 22 994 00 Ext.7135

Sitio en Internet para mayor información y consulta: http://www.upaep.mx/intercambios/index.asp

Indica el periodo(s) en el cual deseas estar de intercambio en la UPAEP y el programa al que perteneces.

Nombre Completo de tu Universidad de Origen:

_____

Periodo de intercambio solicitado:

Por favor indique el periodo o periodos que deseas estudiar en la UPAEP.

☐ Primavera 20____
(enero-mayo)

☐ Otoño 20____
(agosto-diciembre)

☐ Verano 20____
(mayo-julio)

Programa participante:

Favor de indicar el programa por el cual se esta Postulando.

☐ Convenio Bilateral
☐ CONAHEC
☐ Service Learning
☐ Estudiante Visitante (sin convenio)
☐ PAME-UDUAL
☐ SUMA
☐ ANUIES
☐ PITEE

Indica el tipo de hospedaje que prefieres:

☐ Solicitaré Residencia Universitaria

☐ Solicitaré Homestay.

☐ Buscaré hospedaje por mi cuenta

Fotografía

Solicitud de Intercambio

INFORMACION PERSONAL *(usar letra molde)*

FAVOR DE ESCRIBIR SUS DATOS CONFORME A PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Nombre (s) _____ Apellido(s) _____

Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de nacimiento (mes/día/año) ___ / ___ / ___

País de Nacimiento _____ Estado/Provincia _____

Nacionalidad Actual _____ Estado Civil _____

Peso _____ Estatura _____

Dirección _____
Calle Número Colonia

_____
Código Postal Ciudad Estado País

Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Movil/Celular _____ Fax _____

e-mail 1 _____ e-mail 2 _____

Persona a Contactar en caso de emergencia:

Nombre, completo: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____
Calle Número Colonia Código Postal

Teléfono _____ e-mail _____

¿Tienes algún tipo de necesidad física o psicológica o algún tratamiento que requieres de servicios especiales durante tu intercambio? Explica

_____

INFORMACION ACADÉMICA

Universidad de Origen:
(Nombre completo)

Dirección:

Calle número colonia

Código Postal Ciudad Estado País

Área de Estudio: Carrera:

Nivel de estudio: Año/Semestre académico:

Nombre y firma de tu director o coordinador de Programas internacionales:

Teléfono: Fax:

Correo electrónico:

ESTUDIOS DURANTE EL INTERCAMBIO

En esta sección deberás enlistar las materias que deseas cursar en la UPAEP.
Es IMPORTANTE que pongas aquellas materias UPAEP que necesitas llevar para obtener crédito en tu universidad de origen.

MATERIAS

Nombre de la materia	Área de estudio

REFERENCIA ACADÉMICA

La referencia académica puede ser una carta de recomendación por un profesor. En caso de no poder conseguir una carta de recomendación, el profesor puede contestar esté breve cuestionario.

Nombre y Firma del alumno:

Para ser llenado por el profesor que da referencias.

El alumno cuyo nombre aparece en la parte superior, está solicitando participar en un programa de movilidad estudiantil en la Universidad Popular Autónoma de Estado de Puebla, por lo cual, es indispensable conocer su perfil académico y personal.

Por tal motivo, le pedimos atentamente, dé respuesta a las preguntas que se muestran a continuación, de forma que sea posible conocer el desempeño académico del postulante en la cátedra que imparte, así como algunos aspectos de su personalidad que usted considere apropiado mencionar para este proceso.

También, le sugerimos que si lo considera necesario, agregue las hojas o cartas adicionales que puedan aportar información más detallada sobre el postulante.

Gracias por su valiosa colaboración en el proceso de internacionalización de nuestra Universidad.

Coordinación de Movilidad Estudiantil
Programas Internacionales

1. ¿Desde cuándo conoce al participante y de dónde?

2. Por favor, indique con una X las habilidades académicas del participante en comparación con otros individuos que haya conocido y que tengan similitud en sus expedientes académicos

	Arriba del Promedio	**Promedio**	**Abajo del Promedio**	**No hay información suficiente**
Conocimiento en el área de especialización.				
Motivación y seriedad.				
Habilidad para planear, investigar y auto aprendizaje.				
Habilidad para expresar sus ideas en discursos o ensayos.				
Estabilidad emocional y madurez.				
Auto conocimiento e Independencia.				

3. Por favor escriba sus consideraciones sobre el participante de acuerdo a lo siguiente:

   A. Capacidad para desarrollarse académicamente y de adaptarse en otra universidad en el extranjero.
   B. Capacidad del participante para vivir solo en el extranjero.
   C. Cómo la participación en el programa de movilidad le puede beneficiar tanto académica como personalmente.
   D. Debilidades o aspectos de la personalidad del alumno o desempeño académico que considere pueden ser determinantes en el éxito de su estancia en el extranjero.
   E. Preparación lingüística.
   F. Cualquier otro factor que usted crea pueda influir en el desempeño del estudiante en el extranjero.

Nombre y título/posición:

Dirección, teléfono y correo electrónico:

Firma y fecha:

Carta de Exposición de Motivos

Por favor de compartir las razones por las cuales deseas estudiar en la UPAEP. Nos gustaría saber tus motivos tanto académicas, como personales.

CUESTIONARIO DE SALUD

Favor de contestar el siguiente formato cuidadosamente

La información contenida en este formato será parte de su historial clínico y de uso confidencial.

La información contenida en este formato, no afectará el status en la universidad.
Si tu has contestado en tu universidad un formato similar a este, por favor de proporcionarnos una copia.

Información personal

Apellidos: _____
Nombre: _____
Edad: _____
Tipo de sangre: _____
Correo electónico: _____
Número celular: _____

Contacto de emergencia:
Nombre Completo: _____ Teléfono: _____
Parentesco: _____ Número celular: _____

Contacto de emergencia alternativo:
Nombre Completo: _____ Teléfono: _____
Parentesco: _____ Número celular: _____

Historial Medico

Favor de contestar "Si" o "No" marcando con una " ✓ " en la columna apropiada.

Alguna vez has padecido:

	Si	No
Tuberculosis	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Las enfermedades del corazón	☐	☐
Cáncer	☐	☐
Artritis	☐	☐
Escarlatina	☐	☐
Sarampión (rojo)	☐	☐
Sarampión	☐	☐
Paperas	☐	☐
La varicela	☐	☐
Malaria	☐	☐
Anemia	☐	☐
Problemas digestivos y estomacales	☐	☐
Ulceras	☐	☐

	Si	No
Fiebre Alta	☐	☐
Asma	☐	☐
La hepatitis A / B / C / (por favor marque la opción)	☐	☐
Epilepsia / convulsiones	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐
Sífilis	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐
Insomnio	☐	☐
Ansiedad / depresión	☐	☐
Nerviosismo	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Sinusitis	☐	☐
Problemas de oído (un tipo de infección)	☐	☐
Diarrea recurrente	☐	☐

Migraña	☐	☐	Problemas de los ojos	☐	☐
Problemas en la dentadura	☐	☐	Nariz / problemas de garganta	☐	☐
Resfriados frecuentes	☐	☐	Dolores de cabeza frecuentes	☐	☐
Traumatismo craneal con pérdida de conciencia	☐	☐	Dolor en el pecho	☐	☐
Falta de aliento	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Mareos / desmayos	☐	☐	Enfermedades del Corazón	☐	☐
Lesión, Especifique	☐	☐	Problemas en la vesícula biliar	☐	☐

¿Sufre usted de alergias? En caso afirmativo, indique información detallada de la reacion y el tratamiento.

Alergias	Si	No	Describa la reacción	Tratamiento
Penicilina	☐	☐		
Sulfa	☐	☐		
Ácido salicílico	☐	☐		
Alimentación (especificar)	☐	☐		
Animales (especificar)	☐	☐		
Insectos (por favor especificar)	☐	☐		
Otro:				

¿Padece anomalías de los siguientes órganos y/o sistemas?

	Si	No		Si	No
Cabeza	☐	☐	Oido	☐	☐
Cardiovascular	☐	☐	Sistema Respiratorio (incluyendo la garganta)	☐	☐
Ojos (infección)	☐	☐	Piel	☐	☐
Gastrointestinales	☐	☐	Nervioso	☐	☐
Metabólica	☐	☐	Musculo esqueléticos	☐	☐

Otros: _____

Si, usted contestó sí a cualquiera de los anteriores, por favor explique:

_____

_____

_____

¿Alguna vez ha sido sometido a una cirugía?

Cirugía	Si	No	Detalles (tratamiento)	Fecha
Apendicetomía	☐	☐		
Amigdalotomía	☐	☐		
Reparación de una hernia	☐	☐		
Otro:				

¿Ha recibido las siguientes vacunas?
Si su respuesta es afirmativa, favor de indicar la fecha en la que han sido inmunizado en las opciones siguientes:

	Si	No	Fecha
Hepatitis A / B(por favor marque la opción)	☐	☐	_____
Tuberculosis	☐	☐	_____
Tétanos	☐	☐	_____
Influenza	☐	☐	_____
Varicela	☐	☐	_____
Sarampión	☐	☐	_____
Rubeola	☐	☐	_____
Tosferina	☐	☐	_____

¿Está tomando algún medicamento? No ☐ Si ☐

Si usted contestó sí, favor de dar detalles completos incluyendo los nombres de los medicamentos que va a tomar en su estancia en México:

_____

_____

_____

¿Ha recibido tratamiento o terapia para una enfermedad nerviosa, trastorno de la personalidad o problema emocional en los últimos cinco años?
No ☐ Si ☐

Si su respuesta es afirmativa, sírvase explicar y especificar el tratamiento que está recibiendo, medicamentos recetados y dosis.

_____

_____

_____

Su actividad física ha sido restringida en los últimos cinco años? Si su respuesta es sí, por favor, indique el motivo y la duración de la restricción.
No ☐ Si ☐ _____

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera. Doy permiso usar dicha información en caso de ser necesario para atención médica.

_____ _____

Nombre y firma del Estudiante Fecha