|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Información Personal / *Personal Information*** | | |  |
| **Apellido (s) | *Last name*** | | |
|  | | |
| **Nombre (s) / *Name*** | | |
|  | | | |
| **Sexo / *Gender*** | **Edad / *Age*** | **Nacionalidad / *Nationality*** | |
| Elija un elemento. |  |  | |
| **Fecha de Nacimiento / *Date of birth (dd/mm/yyyy)*** | | **Número de pasaporte vigente / *Passport number*** | |
|  | |  | |
| **E-mail 1** | | **E-mail 2** | |
|  | |  | |
| **Tel (con clave lada) / *Phone (with international prefix)*** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información Académica / *Academic Information*** | | | | | | |
| **Nombre de tu Universidad / *Sending University*** | | | **Estado y país / *State and Country*** | | | |
|  | | |  | | | |
| **Licenciatura en la que estudiarás en Anáhuac Mayab / *Program of Study at Anahuac Mayab*** | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | | | | |
| **Tiempo que deseas participar en el Programa de Intercambio / *Period Exchange Program*** | | | | | | |
| Verano/Summer | 1er Sem (Ago-Dic) | | 2°Sem (Ene-Jun) | | | Año (Ago-Jun) |
| **Modalidad / Type of Exchange Program** | | | | | | |
| Bilateral (Con convenio) / *Exchange* | | Visitante / *Free mover (Study Abroad)* | | | Virtual | |
| **Fecha de inicio del intercambio / *Program starts*** | | | | **Fecha de finalización del intercambio / *Program ends*** | | |
|  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idiomas / *Languages*** | | | | | | | | | | |
| **Idioma / *Language*** | **Traduce / *Listening*** | | | **Habla / *Speaking*** | | | | **Escribe / *Writing*** | | |
| **Mal/Bad** | **Reg** | **Bien/Good** | **Mal/Bad** | **Reg** | **Bien/Good** | **Mal/Bad** | | **Reg** | **Bien/Good** |
| **Español / *Spanish*** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Inglés / *English*** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Confirmación de tu Universidad de Origen / Sending University confirmation** | | |
| Certifico que el presente estudiante ha sido seleccionado por nuestra universidad para participar en el Programa de Intercambio con la Universidad Anáhuac Mayab / *I certify that the present student has been nominated by our University to participate in the exchange program with Anahuac Mayab University* | | |
| **Nombre / Name** | **E-mail** | |
|  |  | |
| **Puesto / Position** | **Tel (con clave lada) / Phone (with Int Prefix)** | |
|  | |  |
| **Firma / Signature** | **Sello de la Universidad / University Stamp** | |
|  |  | |
| **Declaración y Firma del Estudiante / Student declaration and signature** | | |
| Certifico que los datos asentados por mí son verídicos y acepto que, en caso de que se compruebe lo contrario, seré dado de baja automáticamente del Programa de Intercambio Académico de la Universidad Anáhuac Mayab. Entrego la solicitud completa y los documentos requeridos / *If admitted, I hereby agree to abide by the policies, rules and regulations of Anahuac Mayab University. I certify that the information herein by me is true and I agree that, if it is proven otherwise, I will be expelled automatically from Academic Exchange Program at the Anahuac Mayab University. I deliver the completed application and required documents.* | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del alumno / Student’s signature | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha / Date | |
| **Documentación requerida / Checklist** | | |
| * Fotografía digital a color / *a colored digital personal photo* * Historial académico (en español o inglés) / *Official transcripts* * Copia del pasaporte vigente / *Photocopy of your valid passport* * Certificado de idioma / *Language proficiency form (Page 3)* * Información de salud / *Health Information form (Page 4, 5, 6)* * Póliza de seguro médico / *Health insurance plan (Page 7)* * Formato de obligaciones migratorias para extranjeros / *Immigration obligations form (Page 8)* * Formato de obligaciones del estudiante / *Student´s obligation form (Page 9, 10)* * Autorización para tratamiento médico / *Medical treatment authorization (Page 11)* | | |
| Enviar los documentos escaneados en un mismo archivo PDF  *Send the application documents scanned in one PDF file* | Tania López  Incoming Students  [exchange@anahuac.mx](mailto:exchange@anahuac.mx) | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***2. Evaluación del dominio del idioma Español / Spanish Language Proficiency Evaluation*** | |
| **Student Name:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Evaluator Name:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Evaluator Title:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **E-mail:** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Word Usage** | Excellent | Good | Fair | Needs Improvement |
| **Conversational Spanish** | Excellent | Good | Fair | Needs Improvement |
| **Listening Comprehension** | Excellent | Good | Fair | Needs Improvement |
| **Writing Ability** | Excellent | Good | Fair | Needs Improvement |
| **CEFR**  **(Common European Framework)** | **Please let us know in which level is the student.**  Select one option | | The **Common European Framework** describes what a learner is supposed to be able to do in reading, listening, speaking and writing at each level.  [**DELE**](http://www.dele.org/) **(Diplomas of Spanish as a Foreign Language)** is the official accreditation of fluency of the Spanish Language, issued and recognized. | |
| **Overall Spanish Proficiency** | Haga clic aquí para escribir texto. | | (Percentage score with 100% being best) | |

Based upon my evaluation, the student is qualified to study at a Mexican university at the undergraduate level.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Evaluator Signature | University stamp |

|  |
| --- |
| ***3. Información de Salud / Health Certificate*** |
| Este formato deberá ser completado y firmado por el médico del estudiante. El médico no debe ser familiar del estudiante. En las respuestas afirmativas deberá incluirse una explicación detallada en el espacio correspondiente o en caso necesario adjuntar un informe detallado. La Universidad Anáhuac Mayab se reserva el derecho de solicitar información adicional. El estudiante y el padre/tutor también deberán firmar el presente documento.  *To be completed and signed by the Student’s physician. The physician should not be related to the student. Each question must be answered with a detailed explanation included or attached in a separate report for “YES” responses. Anahuac Mayab University reserves the right to ask for further information. The student and parent/guardian must also sign.* |

1. **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE / *STUDENT´S PERSONAL INFORMATION***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo / *Full name:*** |  | | |
| **Fecha de Nacimiento**  ***Date of birth*** | (dd/mm/aaaa) | **Tipo de Sangre**  ***Blood type*** |  |
| **Lugar de Nacimiento**  ***Place of birth*** |  | **Género**  ***Gender*** | M  F |

1. **ALERGIAS DEL ESTUDIANTE */ STUDENT´S ALLERGIES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA / *LIFE THREATENING*** |  |
|  | Insectos / *Insect* |  |
|  | Estacional / *Seasonal* |  |
|  | Medicamentos / *Medication* |  |
|  | Alimentos / *Food* |  |
|  | Otra / *Other* |  |

1. **ENFERMEDADES DEL ESTUDIANTE / *STUDENT´S CURRENT DISEASES***

|  |  |
| --- | --- |
| Asma / Asthma | Hiperlipidemia / Hyperlipidemia |
| Diabetes:  Tipo 1  Tipo 2 | Epilepsia o convulsions / Epilepsy or Seizure |
| Hipertensión / Hypertension | Otra / Other: |

1. **MEDICAMENTOS PRESCRITOS / *MEDICATIONS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ninguno/None | Medicamentos adicionales especificados en documento adjunto/*Additional medications listed on a separated document* | | |
| Nombre / *Name*: | Dosis y Hora / *Dosage and time*: | | |
| Nombre / *Name*: | Dosis y Hora / *Dosage and time*: | | |
| El estudiante está autorizado para administrar sus medicamentos / *Student may self-carry and self-administer medication* | | Si / *Yes* | No |

1. **EL ESTUDIANTE CUENTA CON LAS SIGUIENTES VACUNAS, POR FAVOR ESPECIFIQUE LA FECHA EXACTA / *STUDENT HAS HAD THE FOLLOWING IMMUNISATIONS, PLEASE SPECIFY EXACT DATE.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACUNA/VACCINE** | **SI/YES** | **DD/MM/AAAA** | **DD/MM/AAAA** | **DD/MM/AAAA** | **DD/MM/AAAA** | **DD/MM/AAAA** |
| **Sarampión / *Measles*** |  |  |  |  |  |  |
| **Paperas / *Mumps*** |  |  |  |  |  |  |
| **Rubeola / *Rubella*** |  |  |  |  |  |  |
| **Difteria / *Diphteria*** |  |  |  |  |  |  |
| **Tétanos / *Tetatanus*** |  |  |  |  |  |  |
| **Poliomelitis/*Poliomyelitis*** |  |  |  |  |  |  |
| **BCG** |  |  |  |  |  |  |
| **Hepatitis A** |  |  |  |  |  |  |
| **Hepatitis B** |  |  |  |  |  |  |
| **Meningitis** |  |  |  |  |  |  |
| **Tifoidea/*Typhoid*** |  |  |  |  |  |  |
| **Otra/*Other*** |  |  |  |  |  |  |

1. **¿ALGUNA VEZ HA SIDO HOSPITALIZADO EL ESTUDIANTE? / *HAS THE STUDENT EVER BEEN HOSPITALISED?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si/Yes | No | En caso afirmativo, por favor especifique la fecha, diagnóstico y el resultado de cada incidente / *If yes, give dates, diagnosis and outcome for each incident:* |

1. **¿EXISTE ALGÚN HISTORIAL O EVIDENCIA ACTUAL DE ALGÚN TIOP DE DESORDEN EMOCIONAL, NERVIOSO O ALIMENTICIO DEL ESTUDIANTE? / *IS THERE A HISTORY OF, OR PRESENT EVIDENCE OF, AN EMOTIONAL, NERVOUS OR EATING DISORDER?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si/Yes | No | En caso afirmativo, favor de adjuntar en sobre cerrado un reporte.  *If yes, a FULL report by the specialist and statement by the student about the illness or specific problem must be attached in a sealed envelope.* |

Nota: Vivir en otro país puede ser estresante. Favor de evaluar la salud y tratamiento del estudiante juntamente con su habilidad de manejar esta adaptación.

*Note: Living in a foreign country can be stressful. Please evaluate the student’s condition and treatment along with her ability to manage this adjustment.*

1. **¿EXISTE ALGUNA LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN EN LAS ACTIVIDADES Y/O DEPORTES QUE EL ESTUDIANTE PUEDA REALIZAR, O ALGUNA INFORMACIÓN MÉDICA QUE DEBA SER CONSIDERADA POR LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB / *ARE THERE ANY HEALTH LIMITATIONS OR RESTRICTIONS ON THE STUDENT’S ACTIVITIES AND/OR SPORTS PARTICIPATION OR ANY MEDICAL INFORMATION WHICH SHOULD BE CONSIDERED FOR A HOME/SCHOOL PLACEMENT?***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si/Yes | No | En caso afirmativo, por favor explique */ If yes, please describe*: |

1. **DATOS DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA / *PLEASE SPECIFY THE PERSON WE SHOULD CONTACT IN CASE OF EMERGENCY***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre / *Name*:** |  |
| **Parentesco / *Relation*:** |  |
| **Teléfono / *Phone*:** |  |
| **Dirección / *Address*:** |  |

Yo, el suscrito, certifico que he realizado un examen físico completo del estudiante y que toda la información médica reciente y relevante ha sido incluida en este documento, y que el estudiante es capaz de realizar sus estudios en el extranjero, en virtud de que no presenta ninguna enfermedad infectocontagiosa, o evidencia de abuso de sustancias o enfermedad mental alguna. Estoy consciente de que la omisión de información médica pudiera ser perjudicial para la salud del estudiante y como consecuencia el alumno podría ser enviado a casa.

*I, the undersigned, certify that a thorough physical examination of the student has been given and all important recent medical information has been included on this form, and that the student is able to study abroad since he/she has not presented any infectious disease, or evidence of substance abuse or mental illness.**I understand that the omission of any information could be harmful to the student student’s health care and could result in the student being sent home.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha del examen médico / *Date of examination*: | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nombre del médico / *Physician name* | Firma / *Signature* | Sello / *Stamp* |
|  |  |  |
| Nombre y dirección de la Institución / *Institution and address*: | | |
|  |  | (dd/mm/aaaa) |
| E-mail | Tel | Fecha / *Date* |

Las firmas del padre/tutor y del estudiante a continuación, confirman que la información en este certificado médico es correcta y está completa. La omisión de información médica pudiera ser perjudicial para la salud del estudiante y como consecuencia el alumno podría ser enviado a casa.

*The parent and student’s signatures below confirm that the information on the Health Certificate is correct and complete. Incomplete information could be harmful to the student’s health care and could result in the student being sent home.*

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombre y firma del estudiante)  *Student´s name and signature* | Fecha / *Date* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombre y firma del padre/tutor)  *Parent or legal guardian name and signature* | Fecha / *Date* |

|  |
| --- |
| ***4. Información del Seguro Médico Internacional / Internationan Health Insurance Information*** |
| Este formulario deberá ser completado y firmado por el estudiante y su padre o tutor / *To be completed and signed by the student and his/her parent or legal guardian.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del asegurado / *Insured person*** |  |
| **Compañía aseguradora / *Company*** |  |
| **Nombre del seguro / *Insurance product*** |  |
| **Número de póliza / *Policy No.*** |  |
| **Tel de asistencia para emergencia / *Assistance & emergency phone*** |  |
| **Vigencia / *Scope of application*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Si/Yes** | **Cobertura del seguro / Covered medical Expenses** |
|  | Enfermedad / *Illness* |
|  | Accidente (asistencia en caso de emergencia) / *Accident (assistance in emergencies)* |
|  | Servicios médicos, medicamentos y farmacia / *Medical services, medicines and pharmacy* |
|  | Tratamiento ambulatorio y hospitalización / *Outpatient and inpatient treatment* |
|  | Repatriación de restos / *Repatriation of remains* |
|  | Responsabilidad contra terceros / *Personals liability insurance* |
|  | Gastos de transportación / *Transportation expenses* |

\* Favor de incluir una copia de la póliza de seguro médico (en inglés o español) y tu credencial del seguro. **NO se acepta seguridad social** /*Please attach a copy of your insurance policy (English or Spanish language) and your insurance card*. ***Social security is NOT accepted.***

Las firmas del padre/tutor y del estudiante a continuación, confirman que la información en este certificado médico es correcta y está completa. La omisión de información médica pudiera ser perjudicial para la salud del estudiante y como consecuencia el alumno podría ser enviado a casa.

*The parent and student’s signatures below confirm that the health insurance information is correct and complete. Incomplete information could be harmful to the student’s health care and could result in the student being sent home.*

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombre y firma del estudiante)  *Student´s name and Signature* | Fecha  *Date* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombre y firma del padre/tutor)  *Parent or legal guardian name and signature* | Fecha  *Date* |

|  |
| --- |
| ***5. Obligaciones Migratorias del Estudiante Visitante / Migration Obligations of the Visiting International Student*** |

Yo / I NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones migratorias, ante el Instituto Nacional de Migración, así como con la Dirección de Internacionalización (RR.II.) de la Universidad Anáhuac Mayab (UAM) / *pledge to comply with the following migration obligations before the National Institute of Migration, and the International Office (RR.II.) of the Anahuac Mayab University.*

1. Seguir todas las instrucciones que me indique la RR.II. de la Universidad Anáhuac Mayab a través de correo electrónico para que al momento de ingresar a México lo haga con el estatus correspondiente / *To follow all the instructions given to me via email by the International Office of the Anahuac Mayab University, so that, on entering Mexico, I will do so with the corresponding status:* 
   1. **Visitante actividad no remunerada (máx 180 días) / *Visitor unpaid activity (max 180 days).***
   2. **Visitante actividad no remunerada (máx 180 días)** con Visa */* ***Visitor unpaid activity (max 180 days****) with visa.*
   3. **Canje (máx 30 días).** Si mi intercambio es por más 180 días */* ***Change (max 30 days).*** *If my exchange stay is for more than 180 days.*
2. Entregar una copia de mi **Forma Migratoria Múltiple (FMM)** debidamente llenada a la RR.II. durante el curso de Inducción o durante mi primera visita a la UAM / *To provide the RR.II. with a copy of my* ***Multiple Migratory Form*** *(****Forma Migratoria Múltiple -FMM),*** *duly completed, during the induction course or during my first visit to the University.*
3. Es mi responsabilidad mantener correctamente mi estatus migratorio a través de mi **Forma Migratoria Múltiple (FMM)** cada vez que decida salir y entrar al país durante todo el periodo de mi intercambio en la UAM, entregando siempre fotocopia actualizada a la RR.II. / *It is my responsibility to preserve my migratory status correctly via my* ***Multiple Migratory Form*** *each**time I decide to leave or enter the country during the whole period of my exchange stay in the UAM*
4. En caso de extraviar mi **Forma Migratoria Múltiple (FMM)** será mi responsabilidad notificar a la RR.II., presentarme ante el Instituto Nacional de Migración para realizar el reporte correspondiente y solicitar una nueva forma migratoria, cubriendo las cuotas que me soliciten, con el objetivo de no presentar problemas al momento de dejar el país / *Should I lose my* ***Multiple Migratory Form****, it will be my responsibility to notify the RR.II., present a corresponding report in the National Institute of Migration and apply for a new migratory form, paying the fees required, with the objective of avoiding problems on leaving the country.*
5. Si mi intercambio es por un periodo mayor a 180 días (1 año) será mi responsabilidad presentarme ante el Instituto Nacional de Migración (INM) para realizar el **canje** correspondiente en un período de 30 días naturales a partir de mí llegada a México. De lo contrario me haré acreedor a una multa impuesta por el INM. Será mi obligación entregar una copia del canje a la RR.II. / *If my Exchange stay is for a period longer than 180 days (1 year), it will be my responsibility to request the corresponding* ***change******(canje)*** *in the National Institute of Migration (INM) within a period of 30 natural days after the day of my arrival in Mexico. If I do not comply, I will be obliged to pay a fine to the INM. It will be my obligation to provide the International Office with a copy of the* ***change*** *document.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA

|  |
| --- |
| ***6. Obligaciones del Estudiante Visitante / Obligations of the Visiting Student*** |

Yo / I NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones ante la Dirección de Internacionalización / *ledge to comply with the following obligations before the International Office.*

1. Leer el Reglamento General para Alumnos de Licenciatura de la Universidad Anáhuac Mayab, así como cumplir con las normas contenidas en el mismo / *To read the General Rules for Bachelor’s degree students of the Anahuac Mayab University, and to comply with the norms therein.*
2. Proporcionar la dirección y teléfono de mi lugar de residencia en la ciudad de Mérida y dar información detallada durante los primeros 15 días / *Provide the address and telephone of my place of residence in the city of Merida and to give detailed information during the first 15 days.*
3. Observar las indicaciones y sugerencias que me han proporcionado en la Dirección de Internacionalización para vigilar por mi bienestar y seguridad durante mi estancia en la República Mexicana y en particular en la ciudad de Mérida / *To take into consideration the indications and suggestions given to me by the International Office in order to ensure my safety and well-being during my stay in the Mexican Republic and more particularly in the city of Merida.*
4. Soy **RESPONSABLE** de los actos que realice **FUERA DEL CAMPUS UNIVERSITARIO** y por lo tanto **DESLINDO a la UNIVERSIDAD ANÁHUAC** **MAYAB** de cualquier **RESPONSABILIDAD** en caso de tener algún contratiempo por accidente o de que de manera intencional yo lo haya propiciado / *I am responsible for my own acts* ***OUTSIDE THE UNIVERSITY CAMPUS****, therefore, I* ***EXONERATE THE ANAHUAC MAYAB UNIVERSITY*** *of any* ***RESPONSIBILITY*** *should I have a mishap by accident, or that I may have intentionally propitiated.*
5. Todos los trámites y pagos referentes a mi alojamiento durante mi estancia en Mérida son responsabilidad mía, **DESLINDANDO A LA** **UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB** de cualquier asunto referente a este tema / *All paperwork and payments relating to my housing accommodations during my stay in Merida are my responsibility,* ***FREEING THE ANAHUAC MAYAB UNIVERSITY*** *of any participation in matters relating to this topic.*
6. Soy **RESPONSABLE** de todos los asuntos relacionados con viaje o paseos que realice por mi cuenta tanto en la República Mexicana como en otro país y que tengan lugar dentro de mi estancia como estudiante de intercambio de la Universidad Anáhuac Mayab, pero que sin embargo realice por mi propio gusto e iniciativa **DESLINDANDO** a la **UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD TANTO CIVIL, PENAL, COMO ADMINISTRATIVA /** *I am* ***RESPONSIBLE*** *for all matters relating to trips and excursions taken on my own account in the Mexican Republic and in another country, during my stay as an exchange student of the Anahuac Mayab University, but which were carried out on my own initiative and desire.* ***EXONERATING THE ANAHUAC MAYAB UNIVERSITY OF ANY RESPONSIBILITY: CIVIL, PENAL OR ADMINISTRATIVE.***
7. Someterme a un examen antidoping en caso de que las autoridades de la Universidad Anáhuac Mayab lo consideren pertinente / *To submit to an antidoping test should the authorities of the Anahuac Mayab University consider it pertinent.*
8. Informar a la Dirección de Internacionalización en caso de contraer cualquier enfermedad o presentar algún padecimiento físico que requiera consultar a un médico, para recibir una atención pronta y oportuna, para lo que haré uso de mi Póliza de Seguro / *To inform the International Office if I contract an illness or present any physical ailment requiring a medical consultation, in order to receive immediate attention, for which I will make use of my Insurance Policy.*
9. Avisar a la Dirección de Internacionalización sobre cualquier viaje o paseo que realice ya sea en la República Mexicana o bien en otro país, simplemente para su conocimiento / *To notify the International Office of any trip or excursion I may take in the Mexican Republic or in another country, in order to keep them informed.*
10. Permanecer en la ciudad de Mérida y por lo tanto en la República Mexicana, hasta haber presentado todos los exámenes finales de las materias en las cuales me he registrado. **NO** puedo solicitar a los profesores **CAMBIO DE FECHA DE EXAMEN FINAL /** *To stay in the city of Merida, and therefore in the Mexican Republic, until I have presented all the final exams for the subjects in which I have registered. I* ***CANNOT*** *ask the professors* ***TO CHANGE THE DATE OF THE FINAL EXAM****.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Y FIRMA

(fecha)

|  |
| --- |
| ***7. Autorización para Tratamiento Médico y/o Quirúrgico en caso de emergencia, por accidente o enfermedad / Authorization for Medical and/or Surgical Treatment in the evento of an emergency, due to an accident or illness.*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo / *Full name*:** |  |
| **Dirección / *Address*:** |  |
| **Teléfono / *Telephone*:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Persona contacto en el extranjero */***  ***Person to be contacted abroad:*** |  |
| **Parentesco / *Relation*:** |  |
| **País / *Country*:** |  |
| **No. De Póliza */ Policy number*:** |  |
| **Compañía de Seguros / *Insurance Company*:** |  |

Mérida, Yucatán,       de       de 20

Dirección de Internacionalización / International Office

Universidad Anáhuac Mayab

Carretera Mérida-Progreso Km. 15.5 Interior Km. 2 Carretera a Chablekal

Mérida, Yucatán, México.

Yo / I

Nacido / Born día / day       mes / month       año / year

1. Acepto y autorizo la hospitalización y tratamiento que será llevado a cabo bajo la supervisión de un médico calificado / *Accept and authorize the hospitalization and treatment which will be carried out under the supervision of a qualified doctor.*
2. Acepto y autorizo que me administren la anestesia que se pueda considerar necesaria o deseable según el criterio del médico tratante o el anestesiólogo / *Accept and authorize the administration of anesthesia to my person which may be considered necessary or desirable according to the criteria of the doctor in attendance or the anesthetist.*
3. Acepto y autorizo la realización de cualquier operación o procedimiento que pueda llegar a ser necesario o deseable según el discernimiento del médico / *Accept and authorize the performance of any operation or procedure which may prove to be necessary or desirable according to the discernment of the doctor.*
4. Acepto y autorizo que si es necesario se me realice una transfusión de sangre o de cualquier otra sustancia o la administración de cualquier medicamento. Como la elaboración de estos no es función del Hospital, lo libero de cualquier responsabilidad / *Accept and authorize the administration of a blood transfusion or any other substance, or the administration of any medication, if deemed necessary. As the elaboration of these substances is not a function of the hospital, I exonerate said hospital of any responsibility.*

Firma del Estudiante (Paciente) / *Student´s signature (patient):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vigencia / *period of validity*: