



FORMULARIO DE POSTULACIÓN

AL ENTREGAR ESTE FORMULARIO, ES NECESARIO INCLUIR LA CUOTA DE POSTULACION. FAVOR DE LLENAR ESTE DOCUMENTO COMPLETAMENTE Y CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.

NOMBRE

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

DIRECCIÓN PARA ENVIARTE INFORMACIÓN Y CONTACTARTE

(En caso de participar en el curso, utilizaremos esta información para subirla a nuestra base de datos, así como para una emergencia).

Dirección(Calle y Número): _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal : _____ País: _____
Ciudadanía: _____ Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA): _____
Teléfono Fijo: () _____ Celular: () _____
Correo Electrónico: _____ Edad: _____ Genero: _____

ORIGEN ÉTNICO *(Respuesta opcional)*

Hispano o Latino Europeo Multiétnico Asiático o Islas del Pacífico Africano o Afroamericano Nativo americano
Otro: _____

COMO SUPISTE DE NOLS

Catálogo de NOLS - Graduado de NOLS: _____ Instructor de NOLS ¿Quién? _____
Comunidad de NOLS ¿Cuál? _____
¿Revista, artículo o presentación? ¿Cuál? _____ NOLS en el Website - Publicidad NOLS: _____

HISTORIA DE EDUCACIÓN Y TRABAJO

Nombre de establecimiento educacional reciente (o el último): _____
¿Estás matriculado en este momento en alguna escuela? Sí No ¿Donde? _____
Nivel más avanzado que has cumplido: _____
Profesión Actual: _____ Cargo: _____
Empresa para la que labora actualmente: _____

DATOS FAMILIARES

Nombre Padre, Madre o Tutor: _____
Dirección, Región, País: _____
Dirección, Región, País: _____
Teléfonos: () _____ () _____ () _____

NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Teléfono: () _____ Día () _____ Noche () _____
Dirección: _____
Relación con el postulante: _____

REGISTRO DE CURSO

¿Has postulado anteriormente a un curso de NOLS? **Sí** **No** ¿Qué curso?_____ Fecha: ____/____/____

Por favor indica los cursos que has seleccionado según tu preferencia de postulación, para los fines de este formulario.

Título del curso para el que estás postulando	Fecha de inicio
1° Opción: _____	_____
2° Opción: _____	_____

CUESTIONARIO PARA EL POSTULANTE

El siguiente cuestionario está diseñado para ayudarte a identificar las razones por las que tu quieres realizar un curso con NOLS, además de darnos la oportunidad de conocerte mejor. (Favor de llenarlo con letra clara y legible)

¿Cuál es el mayor logro que has realizado en el último año?

Un curso de NOLS es un desafío tanto mental como físico. Todos deben empeñarse con entusiasmo para que el curso sea un éxito. Por favor, identifica alguna actividad o proyecto al cuál tú has entregado tu empeño. ¿Cómo se evidenció este empeño y la importancia que tú prestaste al desafío?

Nombra tres metas que quieres cumplir con este curso.

Explica por favor de que manera serás un aporte para el grupo, tus compañeros estudiantes y para los instructores.

Describe tu experiencia previa en el papel de liderazgo. (Colegio, trabajo, deportes, etc.).

¿Cuales son tus proyecciones para aplicar la educación que recibes con NOLS después del curso?

¡Envíanos una foto de tu mejor aventura al aire libre!

Por favor indica tu nivel de experiencia previa en las siguientes áreas. Recuerda que no es necesario contar con experiencia previa, pero es importante saber esta información para la planeación de los instructores.

N = Básico I = Intermedio A = Domina Técnicas Avanzadas

Interpretación de mapas _____ Caminar con mochila _____ Acampar _____

Primeros Auxilios _____ Excursionismo _____ Otros _____

DEPÓSITO DE SOLICITUD

Para iniciar el proceso de solicitud deberás incluir la cuota de postulación, depositándola a la siguiente cuenta:

- Banco: **Bancomer** – Pesos
- **National Outdoor Leadership School**
- Numero de cuenta: **0453439062**
- CLABE: **012046004534390629**

Una vez hecho el deposito, deberás enviarnos por correo electrónico el comprobante del mismo. Es necesario que envíes el comprobante de depósito por correo electrónico a: mexico_admisiones@nols.edu indicando tu nombre y a qué curso estás postulando. La solicitud no será revisada mientras no recibamos el depósito.

*Si requieres factura, tendrás que contactarnos anticipadamente y hacer un pago adicional del 16% de IVA antes de finalizar el pago de tu curso.

Este depósito no garantiza la aceptación en el curso, es únicamente para cubrir el trámite de solicitud. Si cancelas tu inscripción por cualquier razón:

- No habrá devolución del depósito de solicitud.
- A menos de 30 días antes de la fecha inicial del curso NOLS no otorga restituciones de inscripción.

Otros gastos que varían con cada participante y no están incluidos dentro del costo del curso son:

- Transporte al lugar de punto de reunión.
- Alojamiento antes y después del curso.
- Equipo. Deberás traer todo el equipo personal, según lista que se entregará antes del curso. Si necesitas algún equipo especial que no puedas conseguir, contáctate con nosotros para ver la disponibilidad de préstamo de equipo.
- Seguros médicos **(El estudiante que sale de un curso por cualquier razón, será responsable por los gastos de evacuación y transporte hacia el lugar indicado, dependiendo el origen de la evacuación; médico, familiar, personal, etc.)**

Aunque son muy raros los casos que se presentan, la escuela reserva el derecho de cancelar o cambiar la duración o ubicación de un curso. NOLS no será responsable de los gastos del estudiante en estos casos. Por esta razón, recomendamos que, al quedar aceptado en un curso, compres tus boletos para viajar con posibilidades de cambio por cualquier eventualidad.

Documentos que deberás escanear y enviar:

Deberás entregar los siguientes documentos:

- Formulario de Postulación
- Formulario Médico
- Formulario de Solicitud de Beca
- Ficha de deposito de la cuota de postulación (Para el tipo de cambio del día, consulta: www.xe.com)

Para más información, contáctanos en: www.nols.mx o mexico_admisiones@nols.edu

He leído, entiendo y acepto todos los reglamentos descritos arriba. Entiendo además que no estoy aceptado en el curso hasta que estén recibidos, comprobados y aceptados todos los formatos de inscripción.

Firma del Postulante _____ Fecha _____

FORMULARIO DE SALUD



Nombre: _____ Título de Curso : _____

Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____

INFORMACION PARA EL ESTUDIANTE Y/O EL PADRE/TUTOR

Divulgación Total: En aras de su salud y bienestar, tanto suyo como de los demás miembros de la expedición, responda las preguntas de forma honesta y completa en este formulario de salud. Una respuesta "Sí" no cancela automáticamente su inscripción. Si tenemos alguna pregunta sobre su capacidad para completar con éxito el curso, nos pondremos en contacto con usted para analizarla. La falta de divulgación de una condición de salud que se vuelve relevante durante su curso puede resultar en el despido de NOLS.

Con mi firma, **confirmando que la información proporcionada en este formulario será una representación precisa y completa de mi historial de salud (o el del estudiante menor de edad) y que no divulgar la información podría resultar en un daño grave para mí y mis compañeros.** Acepto informar a NOLS si hubiera algún cambio en mi estado de salud antes del inicio del curso. También confirmo que, según la descripción del curso y otra información sobre el curso y lo que sé o sospecho sobre mi salud física y psicológica, este curso es apropiado para mí y puedo participar plenamente en este curso de NOLS.

Firma Fecha ____ / ____ / ____

Firma de los padres o apoderados si el participante es menor de edad Fecha ____ / ____ / ____

No está aceptado en el curso hasta que este formulario médico haya sido revisado y aprobado por el personal de NOLS.

NOLS desinfecta las fuentes de agua en terreno con cloro, dióxido de cloro, o por hervirla. No todas estas técnicas son eficaces contra cryptosporidium. Personas con sistemas inmunológicos comprometidos deben considerar traer su propio sistema de filtración.

Por favor marca "Sí" o "No" para cada pregunta. Toda pregunta requiere respuesta. **Si su respuesta es "Sí," por favor provea detalles en espacio provisto o añada páginas adicionales.**

Historia Médica

Padece o tiene historia de:

1. ¿Problemas respiratorios? ¿Asma? _____ Sí No
¿El asma se mantiene bajo control con un inhalador? ¿Qué provoca un ataque? ¿Cuándo fue el último episodio? ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por esta condición?

2. ¿Problemas gastrointestinales? _____ Sí No

3. ¿Diabetes? _____ Sí No

4. ¿Problemas sanguíneos? _____ Sí No

5. ¿Hepatitis u otras enfermedades hepáticas? _____ Sí No

6. ¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia?_____Sí No
7. ¿Algún tipo de ataque? ¿Gran o petit mal? _____Sí No
8. ¿Mareos o historia de desmayos?_____Sí No
9. ¿Migrañas? ¿Cuál es la frecuencia de éstas? ¿Le debilitan?_____Sí No
10. ¿Problemas del sistema urinario? ¿Sistema reproductivo?_____Sí No
11. ¿Está embarazada?_____Sí No
12. ¿Cardíaco?_____Sí No
 ¿Algún antecedente cardíaco u otro factor de riesgo como aterosclerosis, hipertensión, diabetes, historia familiar de muerte repentina por falla cardíaca (<50 años), hiperlipidemia, angina, bradicardia, taquicardia, o dolor del torso aún no diagnosticado?
 Dependiendo sus antecedentes médicos, factores de riesgo y edad, se puede requerir una electrocardiograma o declaración de un cardiólogo.
-
13. ¿En los últimos tres años, ¿ha tenido alguna lesión en la rodilla, la cadera, el tobillo la pierna o el pie? (incluyendo esguinces) y/o cirugía? _____Sí No
-
- ¿Tiene un rango completo de movimiento? ¿Máxima fuerza?_____Sí No
 - ¿Cuál es la actividad más rigurosa en la que ha participado desde la lesión/cirugía?
-
14. ¿En los últimos tres años, ¿ha tenido alguna lesión en el brazo, el codo o la espalda (incluidos los esguinces)? y/o cirugía? _____Sí No
-
- ¿Tiene un rango completo de movimiento? ¿Máxima fuerza? _____Sí No
 - ¿Cuál es la actividad más rigurosa en la que ha participado desde la lesión/cirugía?
-
15. ¿Lesiones a la cabeza? ¿Pérdida de conocimiento? ¿Por cuánto tiempo? _____Sí No

Salud Mental

Los solicitantes con antecedentes de un trastorno de salud mental en los últimos tres años, que pueden haber requerido psicoterapia, medicación, hospitalización o tratamiento residencial, deben estar en un período de estabilidad que oscila entre los seis meses y los dos años, dependiendo de la condición, antes serán aceptados para un curso. Los solicitantes deben tener una ocupación lucrativa, como asistir a la escuela o tener un empleo. NOLS no es apropiado para los solicitantes que acaban de salir de las instalaciones de tratamiento residencial.

16. ¿Ha sido diagnosticado con una condición de salud mental? _____Sí No

17. ¿Actualmente le recetan medicamentos o participa en psicoterapia para alguna de las condiciones o síntomas que se indican a continuación?_____Sí No

18. Indique cualquiera de las siguientes condiciones o síntomas que han estado presentes.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ suicidio (pensamientos, ideación, intento) | ☐ TDAH | ☐ desorden del espectro autista |
| ☐ trastorno por consumo de sustancias (drogas/alcohol) | ☐ ansiedad | ☐ TEPT |
| ☐ trastorno alimentario (anorexia/bulimia) | ☐ depresión | ☐ autolesiones |
| ☐ desorden obsesivo compulsivo | ☐ desorden bipolar | ☐ otra _____ |

Proporcione detalles específicos y fechas de diagnósticos y psicoterapia:

19. ¿Padece de alguna condición física, cognitiva, o sensorial que requiere consideración?_____Sí No

20. ¿Planea tomar algún medicamento recetado o sin receta durante el curso?_____Sí No

Los cursos de NOLS viajan a áreas remotas donde el acceso a la atención médica puede estar a uno o más días de distancia. Los estudiantes deben comprender el uso de cualquier medicamento recetado que puedan estar tomando. Todos los estudiantes a quienes su médico personal, psiquiatra o proveedor de atención médica requiera que tomen medicamentos recetados con regularidad deben poder hacerlo por su cuenta y sin la supervisión o asistencia del personal de NOLS.

Medicamento	Dosis (cantidad y frecuencia)	Fecha de la primera prescripción	¿Para cuál condición?

Alergias

Independientemente del alérgeno, las personas con antecedentes de reacciones alérgicas graves (anafilácticas) deben traer un suministro personal de epinefrina, preferiblemente en un autoinyector precargado, y saber cómo usarla.

21. ¿Es alérgico o tiene una intolerancia médica a algún alimento?_____Sí No

22. ¿Tienes alguna preferencia alimentaria? (por ejemplo, vegetariano, vegano, sin gluten)?_____Sí No
(Es posible que NOLS no pueda adaptarse a todas las preferencias)

23. ¿Ha tenido una reacción alérgica a picaduras de insectos, picaduras de abejas o avispas, o a medicamentos? Resultando en urticaria, hinchazón de cara/labios o dificultad para respirar? _____Sí No

24. ¿Tiene alguna otra alergia?_____Sí No

Frío, Calor, Altitud, Océano

25. ¿Antecedentes de congelación o síndrome de Raynaud? _____ Sí No
26. ¿Tiene historia de insolación u otra enfermedad relacionada al calor? _____ Sí No
27. ¿Antecedentes de mal agudo de montaña, edema pulmonar/cerebral de altura? _____ Sí No
28. ¿Tiene antecedentes de mareos (cinetosis)? _____ Sí No
29. ¿Tiene alguna enfermedad o antecedentes de cirugía que no se hayan mencionado ya? _____ Sí No

30. ¿Tiene alguna rutina de ejercicio? _____ Sí No

Actividad	Frecuencia	Duración/Distancia	Nivel de intensidad (Easy Suave/Moderate Moderado /Competitive Competitivo)

31. ¿Fuma, vapea, o utiliza productos de tabaco? _____ Sí No
El tabaco (o la nicotina) y el vapeo no están permitidos en los cursos ni en las propiedades de NOLS.

32. Habilidad de natación (ESCOJA UNO):
No sé nadar _____ Nivel recreativo _____ Nivel competitivo _____

NOLS EXIGE QUE TODO ESTUDIANTE HAYA SIDO VACUNADO CONTRA EL TÉTANO DENTRO DE 10 AÑOS PREVIO AL INICIO DEL CURSO. Las expediciones fuera de los Estados Unidos pueden requerir vacunas adicionales. Por favor, consulte la información de viaje de su curso para obtener detalles específicos.

33. Fecha de la última inmunización contra el tétanos: _____ / _____ / _____

Si los medicamentos o la condición de salud cambian antes del inicio del curso, informe a NOLS.