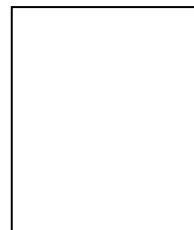


## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Este cuestionario tiene por objeto conocer las características generales de los alumnos de esta institución. Los datos que usted aporte son de carácter confidencial y serán exclusivamente para fines estadísticos. Le agradecemos conteste verazmente a las preguntas que se le plantean a continuación.



**MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE.**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

1. FAMILIAR	2. PERSONAL	3. MÉDICA
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nacionalidad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mexicana</li> <li><input type="checkbox"/> Extranjera</li> </ul> </li> <li><b>Estado Civil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soltero (a)</li> <li><input type="checkbox"/> Casado (a)</li> <li><input type="checkbox"/> Divorciado (a)</li> <li><input type="checkbox"/> Unión Libre</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo (a)</li> </ul> </li> <li><b>Usted vive:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Solo</li> <li><input type="checkbox"/> Con sus padres (y hermanos)</li> <li><input type="checkbox"/> Solo con sus hermanos</li> <li><input type="checkbox"/> Con su cónyuge o pareja</li> <li><input type="checkbox"/> Con algún familiar y/o amigo</li> </ul> </li> <li><b>Tiene usted hijos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántos? _____</li> </ul> </li> <li><b>Viven sus padres:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí, los dos</li> <li><input type="checkbox"/> Sólo la madre</li> <li><input type="checkbox"/> Sólo el padre</li> </ul> </li> <li><b>Estado Civil de los Padres:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soltero (a)</li> <li><input type="checkbox"/> Casados</li> <li><input type="checkbox"/> Divorciados</li> <li><input type="checkbox"/> Unión Libre</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo (a)</li> </ul> </li> <li><b>Miembros de la Familia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> De 1 a 3</li> <li><input type="checkbox"/> De 4 a 6</li> <li><input type="checkbox"/> De 7 a 10</li> <li><input type="checkbox"/> Mas de 10</li> </ul> </li> <li><b>Pertenece a algún grupo étnico (náhuatl, zapoteca, huasteco, etc.):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>¿Practica usted de forma habitual algún deporte?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Si</li> </ul> </li> <li><b>¿Qué deporte practica (o le gustaría practicar)?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fútbol soccer</li> <li><input type="checkbox"/> Fútbol Americano</li> <li><input type="checkbox"/> Voleibol</li> <li><input type="checkbox"/> Básquetbol</li> <li><input type="checkbox"/> Atletismo</li> <li><input type="checkbox"/> Natación</li> <li><input type="checkbox"/> Gimnasio</li> <li><input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> <li><input type="checkbox"/> No me gustaría practicar ningún deporte</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo algún impedimento físico para practicar deporte. ¿Cuál? _____</li> </ul> </li> <li><b>¿Practica usted de forma habitual alguna actividad cultural / artística?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí</li> </ul> </li> <li><b>¿Qué actividad cultural practica (o le gustaría practicar)?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Danza folklórica</li> <li><input type="checkbox"/> Danza moderna</li> <li><input type="checkbox"/> Teatro</li> <li><input type="checkbox"/> Declamación</li> <li><input type="checkbox"/> Música</li> <li><input type="checkbox"/> Ajedrez</li> <li><input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> <li><input type="checkbox"/> No me gustaría practicar ninguna actividad cultural. Especifique porqué _____</li> </ul> </li> <li><b>Ha participado en concursos de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Creatividad</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades Culturales</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades Deportivas</li> <li><input type="checkbox"/> Académicos</li> <li><input type="checkbox"/> Ninguno</li> <li><input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tipo de sangre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A+</li> <li><input type="checkbox"/> A-</li> <li><input type="checkbox"/> AB</li> <li><input type="checkbox"/> O+</li> <li><input type="checkbox"/> O-</li> <li><input type="checkbox"/> Universal</li> <li><input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> </ul> </li> <li><b>Toma algún medicamento habitualmente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál (es)? _____</li> </ul> </li> <li><b>¿Padece alguna enfermedad crónica?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál (es)? _____</li> </ul> </li> <li><b>¿Padece de alguna alergia?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí. ¿De que tipo? _____</li> </ul> </li> <li><b>¿Ha sufrido alguna fractura y/o esguince?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí. Especifique: _____</li> </ul> </li> <li><b>Tipo de discapacidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ninguna</li> <li><input type="checkbox"/> Visual</li> <li><input type="checkbox"/> Motora</li> <li><input type="checkbox"/> Auditiva</li> </ul> </li> <li><b>En caso de emergencia , el Instituto puede comunicarse con:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del familiar _____</li> <li>Tel. _____</li> <li>Doctor _____</li> <li>Tel. del Dr. _____</li> </ul> </li> <li><b>Cuenta con seguro médico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> IMSS</li> <li><input type="checkbox"/> ISSSTE</li> <li><input type="checkbox"/> Particular.</li> <li>Especifique: _____</li> </ul> </li> </ul>

FORM-DSE-02A

<p><b>4. ACADÉMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Realizó usted otros estudios de licenciatura?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Sí. Especifique _____</li> <li>• ¿Realizó usted trámite de ingreso a otra Institución de Educación Superior?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Sí, este mismo año.  <input type="checkbox"/> Sí, en años anteriores.  Especifique en qué Institución _____</li> <li>• Fue aceptado en otra Institución de Educación Superior  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Sí</li> </ul> <p><b>5. LABORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Trabaja usted?  <input type="checkbox"/> No. (PASE A LA SECCIÓN 6)  <input type="checkbox"/> Sí</li> <li>• ¿Cuál es el motivo por el cual trabaja?  <input type="checkbox"/> Gusto  <input type="checkbox"/> Aportar dinero a su familia  <input type="checkbox"/> Cubrir algunas de sus necesidades económicas  <input type="checkbox"/> Mantenerse totalmente  <input type="checkbox"/> Mantener a su familia</li> <li>• ¿Cuánta relación tienen la carrera que está estudiando con su trabajo?  <input type="checkbox"/> Nada  <input type="checkbox"/> Poca  <input type="checkbox"/> Mucha</li> <li>• Tipo de trabajo:  <input type="checkbox"/> Eventual  <input type="checkbox"/> Permanente</li> <li>• Antigüedad en el trabajo:  <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses  <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 año  <input type="checkbox"/> De 1 año a 3 años  <input type="checkbox"/> Mas de 3 años</li> <li>• ¿Cuál es su horario de trabajo?  _____</li> <li>• ¿Cuál es su ingreso mensual?  <input type="checkbox"/> De \$0 a \$1000  <input type="checkbox"/> De \$1000 a \$2500  <input type="checkbox"/> De \$2500 a \$5000  <input type="checkbox"/> De \$5000 a \$7500  <input type="checkbox"/> De \$7500 a \$10 000  <input type="checkbox"/> De \$10 000 a \$15 000  <input type="checkbox"/> Más de \$15 000</li> </ul>	<p><b>6. ECONÓMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios máximos del Padre:  <input type="checkbox"/> Primaria  <input type="checkbox"/> Secundaria  <input type="checkbox"/> Bachillerato  <input type="checkbox"/> Nivel Superior  <input type="checkbox"/> Posgrado</li> <li>• Estudios máximos de la madre:  <input type="checkbox"/> Primaria  <input type="checkbox"/> Secundaria  <input type="checkbox"/> Bachillerato  <input type="checkbox"/> Nivel Superior  <input type="checkbox"/> Postrado</li> <li>• Sostén económico:  <input type="checkbox"/> Padre  <input type="checkbox"/> Madre  <input type="checkbox"/> Padre y madre  <input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Familiares  <input type="checkbox"/> Usted mismo  <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> <li>• Ramo de actividad del Padre:  <input type="checkbox"/> Directivo de institución o empresa  <input type="checkbox"/> Industria de la construcción  <input type="checkbox"/> Gobierno Federal o Estatal (servidores públicos)  <input type="checkbox"/> Empleado administrativo  <input type="checkbox"/> Empleado de la transformación (obrero, técnico, operador, etc.)  <input type="checkbox"/> Operador transportes o vehículos  <input type="checkbox"/> Comercio  <input type="checkbox"/> Docencia  <input type="checkbox"/> Desempleado  <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> <li>• Ramo de actividad de la madre:  <input type="checkbox"/> Directivo de institución o empresa  <input type="checkbox"/> Industria de la construcción  <input type="checkbox"/> Gobierno Federal o Estatal (servidores públicos)  <input type="checkbox"/> Comercio  <input type="checkbox"/> Empleado administrativo  <input type="checkbox"/> Empleado de la transformación (obrero, técnico, operador, etc.)  <input type="checkbox"/> Operador transportes o vehículos  <input type="checkbox"/> Docencia  <input type="checkbox"/> Hogar  <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ramo de actividad del sostén económico de la familia. (Conteste sólo si es diferente a padre y/o madre; puede ser usted mismo):  <input type="checkbox"/> Directivo de institución o empresa  <input type="checkbox"/> Industria de la construcción  <input type="checkbox"/> Gobierno Federal o estatal (servidores públicos)  <input type="checkbox"/> Empleado administrativo  <input type="checkbox"/> Empleado de la transformación (obrero, técnico, operador, etc.)  <input type="checkbox"/> Operador transportes o vehículos  <input type="checkbox"/> Comercio  <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____</li> <li>• La casa donde vive es:  <input type="checkbox"/> Propia  <input type="checkbox"/> Rentada  <input type="checkbox"/> Prestada  <input type="checkbox"/> En financiamiento o similar</li> <li>• ¿Su familia cuenta con automóvil propio?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Sí, uno  <input type="checkbox"/> Sí, mas de uno</li> <li>• Ingreso familiar mensual:  <input type="checkbox"/> De \$0 a \$500  <input type="checkbox"/> De \$500 a \$1000  <input type="checkbox"/> De \$1000 a \$2500  <input type="checkbox"/> De \$2500 a \$5000  <input type="checkbox"/> De \$5000 a \$7500  <input type="checkbox"/> De \$7500 a \$10 000  <input type="checkbox"/> De \$10 000 a \$15 000  <input type="checkbox"/> Más de \$15 000</li> <li>• Medio de transporte habitual:  <input type="checkbox"/> Caminando  <input type="checkbox"/> Bicicleta  <input type="checkbox"/> Motocicleta  <input type="checkbox"/> Transporte urbano  <input type="checkbox"/> Transporte foráneo  <input type="checkbox"/> Automóvil</li> <li>• Tiempo de traslado de la casa al Instituto:  <input type="checkbox"/> 10 minutos o menos  <input type="checkbox"/> Entre 10 y 30 minutos  <input type="checkbox"/> Entre 30 minutos y una hora  <input type="checkbox"/> Mas de 1 hora</li> </ul>
--	---	---

**Firma del Padre o Tutor**

FORM-DSE-02A