



# 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](mailto: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](http://www.xe.com))

Para más información, contáctanos en: [www.nols.mx](http://www.nols.mx) o [mexico\\_admisiones@nols.edu](mailto: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 MÉDICO

Nombre de Estudiante Completo: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LAS EXPEDICIONES DE NOLS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

Los cursos de NOLS son expediciones al aire libre que varían en duración desde cinco días hasta tres meses. Estas expediciones se realizan en lugares remotos en donde la evacuación hacia una instalación de servicios médicos puede demorar varios días.

Las condiciones climáticas pueden ser extremas con temperaturas que van desde  $-10^{\circ}$  C hasta  $+37^{\circ}$  C. Situaciones como tormentas, vientos fuertes, rayos de sol intensos e inmersiones repentinas en aguas frías pueden ser posibles.

La demanda física para un postulante puede incluir el cargar una mochila que pesa entre 25 y 35 kilos sobre terreno inestable como nieve, rocas y troncos, como también sobre terreno resbaloso en las montañas. La elevación que alcanzan los cursos con mochila varían desde el nivel del mar hasta los 4.000 metros. En algunos casos, como la Expedición en Denali, Alaska, la altura puede llegar hasta los 6.500 metros. En el caso de los cursos de kayak, los estudiantes remarán en sus kayaks con cargas pesadas. Además, tendrán que acarrear su equipo sobre terreno irregular.

Durante la expedición, los estudiantes dormirán al aire libre después de terminar días largos y exigentes. Armarán sus propias carpas y cocinarán sus propias comidas.

NOLS tiene la costumbre de desinfectar el agua en lugares remotos con yodo, cloro o simplemente hervirla. Los estudiantes que tengan problemas con su sistema inmunológico, pueden llevar su propio sistema de purificación de agua.

Estos cursos, no son programas de rehabilitación, instancias para dejar de fumar, tomar alcohol o dejar las drogas, tampoco son una herramienta para tratar problemas psicológicos y de comportamiento. La mayoría de los estudiantes encuentran que los cursos de NOLS son experiencias exigentes en todo ámbito, por lo tanto, se necesita una preparación física y mental antes de empezar un curso para poder enfrentar los retos que se presentarán, así como una actitud positiva y entusiasta.

Tome en consideración la seguridad del postulante como la de sus compañeros al momento de contestar las preguntas indicadas en este documento. Una respuesta afirmativa no necesariamente perjudicará la postulación del estudiante. Si tenemos alguna duda sobre la capacidad del estudiante para enfrentar y terminar su curso exitosamente, lo conversaremos directamente con él.

**El postulante no será aceptado al curso hasta que este documento sea revisado y aprobado por el departamento de Admisiones de NOLS.**

### Señor (a) Médico:

Marque SI o NO después de cada pregunta. Si su respuesta es SI, **por favor detallar las razones.** *Sus comentarios detallados y con letra clara, agilizaran nuestro proceso de evaluación de este formulario.*

### Historia Médica

El postulante presenta o tiene historia de haber presentado:

1. ¿Problemas respiratorios como Asma?	SI	NO
¿Se controla el Asma con un inhalador?	SI	NO

Si es así, el estudiante debe llevar su inhalador al curso SI NO  
¿Que puede provocar el asma? ¿Cuándo fue el último episodio? ¿Ha estado alguna vez hospitalizado?

---

---

---

2. ¿Problemas gastrointestinales? SI NO

3. ¿Diabetes? SI NO

Comentarios específicos del médico:

---

---

---

4. ¿Problemas sanguíneos? SI NO

5. ¿Hepatitis u otras enfermedades hepáticas? SI NO

Comentarios específicos del médico:

---

---

---

6. ¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia? SI NO

7. ¿Algún tipo de ataque? SI NO

8. ¿Mareos o historia de desmayos? SI NO

9. ¿Migrañas? Tipo de medicamento usado, frecuencia, efectos SI NO

Describir la frecuencia, fecha de último episodio y gravedad

---

---

---

El postulante presenta o tiene historia de haber presentado:

10. ¿Problemas del aparato urinario o reproductivo? SI NO

11. ¿Alguna enfermedad? SI NO

12. ¿La persona consulta a algún tipo de especialista? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de especialidad, el nombre y dirección del especialista

---

---

---

**Preguntas 13 y 14 son para estudiantes femeninas:**

13. ¿Usa algún tratamiento para dolores menstruales? SI NO

14. ¿Está embarazada? SI NO

Comentarios específicos del médico:

---

---

---

15. ¿Hipertensión?	SI	NO
16. ¿Problemas cardíacos? ¿Dolores de pecho?	SI	NO
Comentarios específicos del médico:		

---

---

---

**Revisión Cardíaca:**

**Se requiere un examen ECG si el participante: Factores de Riesgo Cardíaco**

1. Tiene sobre 35 años y 2 factores de riesgo.
2. Tiene sobre 50 años y 1 factor de riesgo.
3. Tiene sobre 50 años y lleva una vida sedentaria.
4. De cualquier edad con problemas cardíacos.
  - Presión alta
  - Diabetes
  - Enfermedades cardiovasculares actuales o pasadas
  - Colesterol alto
  - Antecedentes familiares de enfermedades al corazón (algún miembro de la familia que haya sufrido un ataque al corazón antes de los 55 años).
  - Fumador: El examen cardíaco ECG se puede obviar a los postulantes sobre 50 años, sin factores de riesgo cardíacos y que se encuentren en buen estado físico. **El médico debe especificar en la página 6 que el postulante no presenta factores de riesgo y que se encuentra en buen estado físico.**

**Fracturas de huesos y músculos:**

El postulante presenta o tiene historia de haber presentado lo siguiente dentro de los últimos 3 años:

17. Lesiones a la rodilla, cadera o tobillo (incluyendo esguinces) y/o alguna operación		
• Tipo de lesión u operación. ¿Cuándo ocurrió?	SI	NO

---

• ¿Mantiene la fuerza anterior?	SI	NO
---------------------------------	----	----

---

• ¿Cuál ha sido la actividad más rigurosa que ha hecho desde la lesión u operación? ¿Cuál fue el resultado?		
---	--	--

---

---

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual).

---

---

18. Lesiones al hombro, brazo o columna (incluyendo esguinces) y/o alguna operación	SI	NO
Tipo de operación. ¿Cuándo ocurrió la lesión u operación?		

---

---

¿Mantiene la fuerza anterior?	SI	NO
-------------------------------	----	----

• ¿Cuál ha sido la actividad más rigurosa que ha hecho desde la lesión u operación? ¿Cuál fue el resultado?

---

---

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en el nivel de su actividad actual)

---

---

19. ¿Algún problema de articulaciones? SI      NO

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual)

---

---

20. ¿Lesiones a la cabeza? ¿Pérdida de conocimiento? ¿Por cuánto tiempo? SI      NO

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual).

---

---

21. ¿El postulante presenta alguna condición emocional o psicológica que requiere de algún ambiente especial para enseñar? SI      NO

Si la respuesta es afirmativa, explique los efectos:

---

---

### Historia Médica Personal (Terapia/Psiquiatría/Problemas de Aprendizaje)

Para un postulante con historia de trastornos psicológicos, que haya requerido medicamentos, hospitalización o algún otro tipo de tratamiento, debe certificar un año de estabilidad emocional antes de poder ser aceptado en un curso de NOLS. Además, debe estar trabajando o estudiando.

22. ¿El postulante ha tenido algún tratamiento con un profesional de ayuda psicológica? SI      NO

23. ¿El postulante está actualmente en algún tratamiento psicológico? SI      NO

24. Razones por tratamiento psicológico:

Suicidio	Déficit Atencional
Drogas	Problemas familiares / divorcio
Problemas alimenticios (anorexia/bulimia)	Depresión
Problemas académicos	Otros _____

Favor entregar detalles y fechas específicas del tratamiento además de los medicamentos recetados:



25. Nombre, dirección y teléfono del médico especialista.

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### **Alergias**

26. ¿Tiene alergia a algún tipo de comida? SI NO

Detallar:

---

---

27. ¿Tiene algún tipo de restricción alimenticia? Detallar SI NO

¿Vegetariano u otro? ¿Cuál?

---

---

28. ¿Tiene alergia a picaduras de insectos o abejas? SI NO

Comentarios específicos del médico:

---

---

29. ¿Alguna otra alergia? SI NO

Comentarios específicos del médico:

---

---

30. El agua usualmente se desinfecta con yodo. ¿Tiene alguna contraindicación contra el yodo? SI NO

### **Medicamentos**

31. ¿Tiene alergia a algún medicamento? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, especificar el medicamento:

---

---

32. ¿Esta persona necesita tomar algún medicamento? SI NO

**Los cursos de NOLS viajan a través de lugares remotos donde el cuidado médico puede encontrarse a más de un día de viaje. Si el estudiante debe tomar algún medicamento por receta de su médico, necesitará un certificado de éste, con las indicaciones específicas.**

Medicamento	Dosis	Efectos	Secundarios	Recetado por	Para Condición
-------------	-------	---------	-------------	--------------	----------------

---

---

---

**Si la condición del estudiante o sus medicamentos cambian, se solicita avisar a NOLS.**

**Frío, Calor, Altura**

33. ¿Tiene historia de congelamiento de tejidos o Síndrome de Raynaud? SI NO  
34. ¿Tiene historia de enfermedades de altura, edema pulmonar o edema cerebral? SI NO  
¿Hace cuánto tiempo?

---

35. ¿Tiene historia de insolación u otras enfermedades relacionadas al calor? SI NO  
Comentarios específicos del médico:

---

**Condición Física**

36. ¿El postulante tiene alguna rutina de ejercicio? SI NO

Actividad: \_\_\_\_\_ N° de veces a la semana: \_\_\_\_\_  
Duración/Distancia: \_\_\_\_\_ Nivel de intensidad: Suave Moderado Competitivo  
Actividad: \_\_\_\_\_ N° de veces a la semana: \_\_\_\_\_  
Duración/Distancia: \_\_\_\_\_ Nivel de intensidad: Suave Moderado Competitivo

37. ¿Es fumador? Si es así, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_ SI NO

*Nota: No se permite fumar durante los cursos de NOLS.*

38. ¿Tiene sobrepeso? ¿Bajo peso? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ SI NO

39. Habilidades de natación (ELIJA UNO): No nada Nivel recreativo Nivel competitivo

**Examen físico**

**Los resultados del examen tienen vigencia hasta un año antes del inicio del curso.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Presión: \_\_\_\_\_/Pulso: \_\_\_\_\_/Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Impresión general del médico:

---

---

**Vacuna contra el Tétano**

**NOLS requiere que el postulante se haya vacunado contra el Tétano dentro de los últimos 10 años antes de iniciar un curso. Por favor anotar la fecha de la última vacuna.**

Fecha de Vacuna contra el Tétano

**Información general del medico**

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico y teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Bajo protesta de decir verdad

*Por favor firmar este formulario y entregarlo completo a: [mexico\\_admisiones@nols.edu](mailto:mexico_admisiones@nols.edu)*