

---

**Programa de Intercambio de Jóvenes de Rotary**  
**Solicitud para intercambio de corto plazo**

---

**rotary**  
**youth**  
**exchange**

®

Remite la solicitud cumplimentada a:

--

---

# Instrucciones para cumplimentar la *Solicitud de participación en el Programa de Intercambio de Jóvenes de Rotary*

**Antes** de cumplimentar esta solicitud, lee detenidamente las instrucciones de cada página. Utiliza la lista de control de la contratapa posterior para verificar que todas las secciones estén rellenas y cuentas con las firmas necesarias.

Si eres aceptado en calidad de estudiante de Intercambio de Jóvenes, esta solicitud será remitida a tu país anfitrión y será tu carta de presentación ante las personas que te acogerán en sus hogares.

## Componentes de la solicitud

La solicitud consta de los siguientes documentos:

- Formularios incluidos
- Copia de tu pasaporte o partida de nacimiento
- Copia de tu certificado de estudios

## Cómo cumplimentar la solicitud

Las solicitudes *deben ser legibles, y escritas preferentemente a máquina o en computadora*. Responde las preguntas en su totalidad tal como han sido formuladas (*no incluyas* respuestas como “lo mismo”, “véase más arriba” o “véase página \_\_\_”). Salvo que se indique lo contrario, todas las respuestas deben escribirse directamente en la solicitud. Ten en cuenta las reglas de gramática y ortografía en tu redacción.

En los campos donde se solicitan tus nombres y apellidos, ingresa tus datos exactamente como figuran en tu pasaporte o partida de nacimiento. Escribe en las páginas con el casillero “Nombre del solicitante” en el extremo superior derecho, el nombre que prefieres usar. En otras palabras, si tu nombre completo es José Carlos Rodríguez Alva, podrías poner *José Rodríguez* o *Pepe Rodríguez*.

## Fotocopias y firmas

Debes presentar cuatro juegos completos de la solicitud (**la original más tres fotocopias**). Sería conveniente, además, que guardaras un juego adicional en tus archivos. Las fotocopias deben ser de buena calidad. **Las firmas correspondientes deben estamparse en tinta AZUL en todos los juegos de la solicitud.** Para el efecto:

1. Rellena la solicitud, sin firmarla.
2. Saca tres fotocopias legibles de la solicitud debidamente cumplimentada.
3. Firma los cuatro juegos de la solicitud; pídele a tus padres o apoderados que firmen cada uno de los juegos.
4. Fichas médicas y odontológicas: Pídele a tu médico y tu dentista que saquen tres copias del formulario médico/odontológico *antes* de firmarlo. Deben firmar luego cada copia en tinta azul. (Sería conveniente que les proporcionaras un bolígrafo de tinta azul junto con los formularios.)

Todas las fotografías adjuntas deben ser **originales** o **duplicados a color de buena calidad**.

## Consultas

Si tienes dudas respecto a esta solicitud, consulta con tu asesor académico o con el funcionario de Intercambio de Jóvenes del club rotario local. Tras cumplimentar la solicitud, remítela al club/distrito de la localidad según las instrucciones provistas por éste.

**Distrito** 4100: Adjuntar instrucciones complementarias. Si no corresponde, marcar el casillero:

## Declaración de normas de RI respecto a las actividades pro juventud

Rotary International es una entidad consagrada a crear y mantener el entorno más seguro posible para todos los participantes en las actividades de Rotary. Es el deber de todos los rotarios, los cónyuges de los rotarios, los colaboradores y otros voluntarios, salvaguardar de la mejor manera el bienestar de los niños y jóvenes con quienes se relacionan, y desplegar el máximo esfuerzo para evitar todo tipo de abuso físico, sexual o afectivo.

*Resolución adoptada por la Directiva de Rotary International en noviembre de 2002.*



Distrito 4100

# Solicitud para un intercambio de corto plazo

## Datos personales

Antes de cumplimentar la solicitud, lee detenidamente las instrucciones de la página anterior.

### ¡Sonríe!

Coloca una fotografía reciente de buena calidad (rostro y hombros)

Incluye una foto original o duplicado a color en cada uno de los cuatro juegos de la solicitud.

Tamaño: 5 x 6,5 cm

### 1. Datos del solicitante

#### Nombres y apellidos como figuran en el pasaporte o la partida de nacimiento

(escribe tu apellido PATERNO en letras mayúsculas)		Nombre que prefieres	Sexo
			Masculino Femenino
Domicilio – Calle y número			
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Domicilio postal (si difiere del anterior) – Calle y número			
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Teléfono particular	Móvil	Correo electrónico	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Lugar de nacimiento (localidad, estado/pcia./depto., país)	Ciudadano de (país)	

### 2. Datos de los padres/apoderados

Nombres y apellidos del padre/apoderado				Nombres y apellidos de la madre/apoderada			
Domicilio – Calle y número				Domicilio – Calle y número			
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País	Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Correo electrónico				Correo electrónico			
Teléfono particular		Móvil		Teléfono particular		Móvil	
Ocupación				Ocupación			
Teléfono oficina		Fax		Teléfono oficina		Fax	
¿Es rotario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Es rotaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De serlo, nombre del Club Rotario: _____				De serlo, nombre del Club Rotario: _____			
<p>Marca este casillero si tus padres están divorciados o separados. Se debe contar con la autorización de <b>ambos</b> padres o apoderados o cualquier otra persona habilitada legalmente para tomar decisiones con respecto a la participación del aspirante.</p> <p>Padre/apoderado a quien debe contactarse primero en caso de emergencia: _____</p>							

### 3. Hermanos(as) (de ser necesario añadir páginas)

Nombre	Sexo	Edad	Ocupación	Vive en casa
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Sí No

Nombre del solicitante	
------------------------	--

#### 4. Antecedentes personales

a. ¿Tienes restricciones dietéticas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Si es afirmativo, explica (por ej. vegetariano, alergia a alimentos):</b>
b. ¿Fumas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
c. ¿Consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
d. ¿Has consumido drogas alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Una respuesta afirmativa no constituye la eliminación automática del candidato; no obstante, la situación se tomará en cuenta especialmente al asignarse las familias anfitrionas.

#### 5. Información sobre la escuela secundaria

Escuela secundaria a la que asistes actualmente		<i>Adjunta un certificado de estudios con los cursos de educación secundaria que has aprobado, y las calificaciones obtenidas en el último año escolar. El certificado debe estar traducido al inglés.</i>	
Dirección – Calle y número			
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Teléfono	Fax	Correo electrónico	
Años/grados que se cursan en la escuela		Año en el que concluirás tus estudios secundarios	Años de estudios cursados

#### 6. Idiomas

Lengua materna:				
Otros idiomas	Años de estudio	Dominio (Pobre, Regular, Satisfactorio, Con fluidez)		
		Conversación	Lectura	Redacción

#### 7. Contactos en el distrito y el club patrocinadores

Presidente del Comité de Intercambio de Jóvenes del distrito patrocinador				Funcionario de Intercambio de Jóvenes del club patrocinador			
Domicilio – Calle y número				Domicilio – Calle y número			
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País	Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Teléfono particular		Móvil		Teléfono particular		Móvil	
Teléfono oficina		Fax		Teléfono oficina		Fax	
Correo electrónico				Correo electrónico			



## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Cartas y fotografías

#### Carta del solicitante

Redacta una carta de presentación para tu futuro club anfitrión y familias anfitrionas. Ten presente que ésta será la primera impresión que se llevarán de ti. Usa las siguientes preguntas como guía para redactar tu carta lo más detalladamente posible (si necesitas ayuda para una presentación más detallada, considera el uso de las preguntas en paréntesis y letra cursiva que aparecen más abajo).

*Instrucciones:* Escribe tu carta en una hoja (u hojas) aparte a máquina o en computadora, e incluye tu nombre en cada página. Adjunta tu carta a esta página (máximo tres páginas).

1. ¿A qué te dedicas en tus horas libres?
2. ¿Qué haces en la escuela? (*¿Cuántas asignaturas cursas? ¿Cuáles son? ¿Cuánto duran las clases? ¿Cuál es tu horario durante el año escolar? Comienza con la hora que te levantas y sólo describe un día típico de tu horario escolar.*) ¿Tienes libertad de elegir las asignaturas? De ser así, ¿qué asignaturas elegiste y por qué?
3. ¿Cuáles son tus intereses y actividades escolares? ¿Qué cargos de liderazgo has ocupado?
4. ¿Cómo describirías tu hogar? (*¿Tienes tu propia habitación, o la compartes? ¿En qué parte de la casa estudias? ¿A qué distancia queda tu centro de estudios? ¿Conduces, tomas el autobús o caminas a la escuela?*)
5. ¿A qué se dedican tu madre y tu padre? (*¿Qué productos fabrican o qué servicios brindan? ¿Qué cargos ocupan?*)
6. ¿Cómo describirías tu localidad? (*¿Se encuentra cerca de una ciudad importante? ¿Cuál es la población? ¿Industrias? ¿Economía?*)
7. ¿Cuáles son tus intereses y logros? (*¿Te interesa el arte, la literatura, la música, los deportes u otras actividades? ¿Por qué te interesó dicha actividad? ¿Desde hace cuánto te interesa? ¿Cuándo tiempo le dedicas a dicha actividad?*)
8. ¿Qué viajes has realizado al extranjero? ¿Cuál fue la razón del viaje? ¿Con quién fuiste? ¿Por cuánto tiempo?
9. ¿Qué te disgusta? (*¿Te disgustan ciertos alimentos, animales, actitud de ciertas personas, etc.?*)
10. ¿Cuáles son tus cualidades y defectos?
11. ¿Cuáles son tus planes y objetivos educativos y profesionales? ¿Por qué?
12. ¿Qué esperas lograr específicamente como participante en el intercambio de jóvenes, tanto durante como después del intercambio?

#### Carta de los padres

Redacten una carta al club y a las familias anfitrionas de su hijo/hija, incorporando las respuestas a las siguientes preguntas.

*Instrucciones:* Escriban la carta en una hoja (u hojas) aparte a máquina o en computadora, e incluyan el nombre de su hijo(a) en cada página. Adjunten su carta a esta página (máximo dos páginas).

1. ¿Qué relación tiene su hijo(a) con usted y la familia? ¿Con sus amigos?
2. ¿Cómo reacciona su hijo(a) ante desavenencias, disciplina y frustración?
3. ¿Cómo maneja su hijo(a) situaciones problemáticas o difíciles?
4. ¿Qué grado de independencia le otorgan a su hijo(a)? ¿Cuán maduro es su hijo(a)?
5. ¿Qué los enorgullece de su hijo(a)?
6. ¿Por qué desean que su hijo(a) participe en un programa de intercambio?
7. ¿Desearían compartir otros comentarios con las familias anfitrionas?

Nombre del solicitante

### Fotografías del solicitante

Coloca una foto a colores debajo de cada encabezamiento, pega las fotos o usa cinta adhesiva doble (no las engrapes). De ser necesario, incluye leyendas cortas.

MI FAMILIA	MI PASATIEMPO ESPECIAL
<p data-bbox="302 709 602 737"><i>Foto de tu familia inmediata</i></p>	<p data-bbox="870 688 1386 758"><i>Foto en la que estés participando en tu actividad o pasatiempo preferido</i></p>
ALGO DE IMPORTANCIA PARA MÍ	MI CASA
<p data-bbox="302 1461 602 1530"><i>Foto de tus amigos, mascota, instrumento musical, etc.</i></p>	<p data-bbox="927 1482 1328 1509"><i>Foto de tu casa o edificio donde vives</i></p>

Distrito \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_



## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Historia clínica y examen médico

**Al médico que realiza el examen:** El estudiante solicita su admisión en un programa de intercambio de estudios de un año en el extranjero. La falta de información adecuada y precisa sobre medicamentos o problemas psiquiátricos, psicológicos o médicos podría poner en riesgo la salud del estudiante durante su permanencia en el exterior. Toda información sobre alergias es sumamente importante puesto que de ésta depende en gran medida la selección de las familias anfitrionas y el bienestar del estudiante. **Ni** el examen médico **ni** los datos solicitados en el presente formulario podrán ser proporcionados por un familiar cercano del aspirante.

*Sírvase escribir a máquina o en letra de imprenta. Se requieren cuatro copias del formulario, con su firma original en tinta azul en cada una.*

<b>Nombres y apellidos del solicitante</b>		<b>Sexo</b>	<b>Fecha de nacimiento (día/mes/año)</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Domicilio – Calle y número</b>			
<b>Localidad</b>	<b>Estado/pcia./depto.</b>	<b>Código postal</b>	<b>País</b>
<b>Teléfono particular</b>	<b>Móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>	

#### Historia clínica

<b>1. ¿Desde hace cuánto tiempo el solicitante es paciente suyo?</b>			
<b>2. ¿Ha sido diagnosticado el solicitante con alguna de las siguientes enfermedades o ha recibido tratamiento, atención o asistencia médica por parte de un doctor u otro profesional de la salud por padecer tales males?</b>			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
a. Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Problemas hepáticos/hepatitis
b. Anorexia/bulimia/otro trastorno del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Trastornos menstruales
c. Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Trastornos mentales
d. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Neumonía
e. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Fiebre reumática
f. Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. Cefalea/jaquecas
g. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. Úlcera gástrica
h. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. Tifoidea
i. Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Infecciones de las vías urinarias
j. Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. vértigo, mareos
k. Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. Problemas de visión
l. Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. Lentes / lentes de contacto
m. Paludismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Indique si el solicitante:</b>			
a. Ha sido intervenido quirúrgicamente por alguna condición no especificada en la pregunta 2, o ha sido internado en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio para ser observado, examinado o tratado por alguna condición no especificada en la pregunta 2.	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Ha tomado medicamentos recetados en los últimos seis meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Tiene antecedentes clínicos o presenta actualmente síntomas de algún trastorno nervioso, emocional o mental, colapso nervioso funcional, fatiga nerviosa, depresión, tendencias suicidas, trastornos del apetito o comportamiento antisocial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Ha consumido alguna vez heroína, cocaína, marihuana u otros alucinógenos, anfetaminas u otras drogas de circulación ilegal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Ha recibido tratamiento o ha consultado con un médico u otro profesional de la salud por algún problema de drogas o alcohol, o ha asistido a sesiones en un centro de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Ha aumentado o bajado de peso de manera excesiva recientemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Ha padecido de dolores de pecho, jadeos, dificultades respiratorias o desvanecimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Ha padecido de diarrea crónica, vómitos, dolores abdominales o estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Ha tenido problemas dermatológicos (i.e., acné crónico, eczema, soriasis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Ha presentado síntomas de debilidad del sistema neurológico u musculoesquelético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Tiene restricciones dietéticas. Especifique si es por razones médicas, religiosas o personales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Proporcione detalles sobre los puntos de las preguntas 2 y 3 a los cuales respondió afirmativamente:</b>			
<b>Pregunta (i.e., 2e)</b>	<b>Índole y gravedad del trastorno, diagnóstico, frecuencia de los episodios y tratamiento prescrito</b>		<b>Fechas y duración</b>

<b>Nombre del solicitante</b>	
-------------------------------	--

<b>4. ¿Llevará consigo el solicitante medicamentos bajo receta médica?    Sí    No</b>		
Enumere las medicinas que llevará el solicitante, indicando los nombres internacional y genérico, símbolos del compuesto, dosis prescrita y motivos:		
<b>Medicamento recetado</b>	<b>Dosis</b>	<b>Motivo</b>

<b>5. Indique el año en que el solicitante contrajo las siguientes enfermedades infecciosas (o indique que no las ha contraído):</b>							
Sarampión		Paperas		Hepatitis		Tos ferina (pertusis)	
Rubéola		Varicela		Escarlatina		Otros:	

<b>6. El solicitante ha sido vacunado contra las siguientes enfermedades</b> (indique claramente la fecha del último refuerzo y dosis recibidas): <i>En muchos lugares, los colegios exigen constancia de vacunación para asistir a clases. Es probable que en el país anfitrión o local escolar se exijan otras vacunas.</i>					
<b>Vacuna</b>	<b>Dosis</b>	<b>Fechas: (día/mes/año)</b>	<b>Vacuna</b>	<b>Dosis</b>	<b>Fechas: (día/mes/año)</b>
Difteria			Sarampión		
Tos ferina (pertusis)			Polio (Sabin-3 o más VTOP, Salk -4 o más VPI)		
Tétanos			Hepatitis B		
Rubéola			Otros (especificar)		
Paperas					

Observaciones adicionales:

<b>7. Prueba de tuberculosis: El solicitante debe presentar constancia de haber recibido recientemente (en los últimos 3 meses) la prueba cutánea de Mantoux.</b>
Fecha en que se administró la prueba (día/mes/año) _____ Resultado/diagnóstico: _____. Si se hubiera administrado una prueba distinta o el solicitante hubiera recibido la vacuna BCG, indique los métodos y tratamientos utilizados para obtener los resultados de la prueba:

**Examen físico**

Estatura:	Peso:	Presión sanguínea: Sist.	Dia.	Pulso:
-----------	-------	--------------------------	------	--------

<b>8. Indique si en el examen realizado hoy ha encontrado alguna anomalía de:</b>											
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón (soplo, presión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades (muscular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen (general)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oído, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tórax/pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos/senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Órganos genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Si ha respondido afirmativamente, proporcione información detallada por separado (*escriba a máquina o en computadora, incluyendo los nombres y apellidos más la fecha de nacimiento del solicitante en la parte superior de cada página*).

**CONSTANCIA**

Certifico por la presente que soy médico titulado y cuento con licencia vigente, que no soy familiar cercano del paciente y que he examinado personalmente al solicitante, habiendo indicado los resultados en las secciones anteriores y en el informe adjunto (de no haber adjuntos, marque este casillero: ).

Declaro que el solicitante:

Se encuentra en perfecto estado de salud y no padece ninguna enfermedad física o mental que pudiera impedir su participación en el programa.

Padece las enfermedades físicas o mentales indicadas en mi informe.

El solicitante se encuentra en perfecto estado de salud y no padece ninguna enfermedad que pudiera impedir su participación en actividades deportivas/físicas de su elección.  Sí  No

<b>Nombre del médico</b> (a máquina o letra de imprenta)	<b>Firma</b> (en tinta azul)	<b>Fecha</b> (día/mes/año)

**Domicilio, teléfono y fax** (a máquina o sello)



Distrito \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante	
------------------------	--



## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Salud bucal y examen odontológico

**Al dentista que realiza el examen:** El estudiante solicita admisión en un programa de intercambio de estudios de un año en el extranjero. La falta de información adecuada y precisa sobre su salud bucal, medicamentos u otros problemas podría poner en riesgo la salud del estudiante durante su permanencia en el exterior. El examen bucal **no** podrá ser realizado por un familiar cercano del aspirante.

*Sírvase escribir a máquina o en letra de imprenta. Se requieren cuatro copias del formulario, con su firma original en tinta azul en cada una.*

<b>Nombres y apellidos del solicitante</b>		<b>Sexo</b>	<b>Fecha de nacimiento (día/mes/año)</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Domicilio – Calle y número</b>			
<b>Localidad</b>	<b>Estado/pcia./depto.</b>	<b>Código postal</b>	<b>País</b>
<b>Teléfono particular</b>	<b>Móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>	

#### Examen bucal

1. ¿Goza el solicitante de buena salud bucal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Requiere el solicitante tratamiento odontológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Considera que el solicitante necesitará atención odontológica durante su permanencia en el extranjero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, explique más abajo (o al reverso si es necesario):		

#### CONSTANCIA

Certifico por la presente que soy odontólogo titulado y cuento con licencia vigente, que no soy familiar cercano del paciente y que he examinado personalmente al solicitante, habiendo indicado los resultados en las secciones anteriores y en el informe adjunto (de no haber adjuntos, marque este casillero: ).

<b>Nombre del dentista</b> (a máquina o letra de imprenta)	<b>Firma</b> (en tinta azul)	<b>Fecha</b> (día/mes/año)

**Domicilio, teléfono y fax** (a máquina o sello)

--	--

**Página para observaciones adicionales del odontólogo:**

Distrito \_\_\_\_\_

--	--



## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Formulario de garantía

Nombres y apellidos como figuran en el pasaporte o la partida de nacimiento (escribe tu apellido PATERNO en letras mayúsculas)				Género	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Domicilio – Calle y número		Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Domicilio postal (si difiere del anterior) – Calle y número		Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País
Teléfono particular		Móvil	Correo electrónico		
Fecha de nacimiento (día/mes/año)		Lugar de nacimiento (localidad, estado/pcia./depto., país)		Ciudadano de (país)	
Distrito rotario patrocinador		Distrito rotario anfitrión	País anfitrión	Aeropuerto de llegada en el país anfitrión	

**(A) GARANTÍA DEL SOLICITANTE** Por la presente, el suscrito, cuyo nombre figura precedentemente, se compromete a: (1) Adquirir un pasaje de ida y vuelta antes de salir del país de origen, (2) observar las reglas y condiciones del programa, aceptando la guía y supervisión de los anfitriones, (3) asistir a las sesiones de orientación y capacitación organizadas por los clubes y distritos que me envían y los anfitriones, y (4) no solicitar permiso para extender mi permanencia en el país anfitrión y regresar al país de origen al concluir el intercambio.

**(B) GARANTÍA DE LOS PADRES/APODERADOS** Por la presente, los suscritos, padres/apoderados del solicitante cuyo nombre figura precedentemente, se comprometen a: (1) Costear todos los gastos de transporte, pasaporte y visados; (2) contratar el seguro de salud y contra accidentes requerido; (3) costear los gastos de la vestimenta requerida por el solicitante, incluidos uniformes escolares si fuera necesario; (4) asumir gastos que pudieran surgir según las circunstancias, por ejemplo, contar con fondos para imprevistos, si así lo exigiera el distrito anfitrión, los cuales estarán bajo el control del club rotario anfitrión, con el entendimiento de que el saldo será devuelto al concluir el intercambio; (5) asistir a las sesiones de orientación y (6) acatar las reglas del programa.

Los suscritos —el SOLICITANTE y sus PADRES/APODERADOS— se comprometen por el presente a cumplir las condiciones expresadas en la Garantía del Solicitante y Garantía de los Padres/Apoderados (A y B), y autorizan al solicitante a viajar al distrito anfitrión.

Firma (solicitante)		Fecha (día/mes/año)	
Firma (padre/apoderado)	Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Correo electrónico
Firma (madre/apoderada)	Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Correo electrónico
Testigo (funcionario del club rotario patrocinador)	Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Correo electrónico

#### CONTACTO DE EMERGENCIA ALTERNO EN EL PAÍS DE ORIGEN

Nombre				Relación	
Domicilio – Calle y número					
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País		
Teléfono particular	Teléfono oficina	Móvil	Correo electrónico		

#### (C) RECOMENDACIÓN DEL CLUB Y DISTRITO PATROCINADORES

El Club Rotario de _____ y el Distrito _____, tras haber entrevistado al solicitante y a sus padres/apoderados y examinado la solicitud del estudiante recomienda la candidatura de dicho solicitante por reunir los requisitos de participación en el Programa de Intercambio de Jóvenes de Rotary, y recomienda a los clubes anfitriones que acepten a dicho solicitante. El Distrito 4100 se compromete a brindar al solicitante y sus padres la debida orientación antes de la partida del solicitante.				Nombre del club		ID del club	Distrito núm.	
				Presidente del club			Firma	
Fecha (día/mes/año)		Teléfono particular	Correo electrónico					
Nombre del secretario del club / FIJ		Firma	Presidente del Comité Distrital		Firma			
Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Correo electrónico	Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Correo electrónico			

Nombre del solicitante	
------------------------	--

**(D) GARANTÍA DEL CLUB Y DISTRITO ANFITRIONES**

El Club Rotario de _____ proporcionará alojamiento y comidas en hogares autorizados, facilitará la participación del solicitante en eventos del club y distrito, así como en actividades típicas de nuestro país, asimismo, le ofrecerá la debida orientación y supervisión para asegurar su bienestar. El Distrito _____ se compromete a brindar capacitación adecuada a los padres anfitriones y voluntarios de Intercambio de Jóvenes, y la debida orientación al solicitante inmediatamente después de su llegada.	Nombre del club		ID del club	District núm.
	Presidente del club		Firma	
	Fecha (día/mes/año)		Teléfono particular	
	Correo electrónico			
	Nombre del secretario del club / FIJ	Firma	Presidente del Comité Distrital	Firma
Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	Fecha (día/mes/año)	Teléfono particular	
Correo electrónico		Correo electrónico		

**(E) CONSEJERO ANFITRIÓN (requisito)**

Nombre		Domicilio – Calle y número		
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País	
Teléfono particular	Móvil	Fax	Correo electrónico	

**(F) FAMILIA ANFITRIONA (si corresponde)**

Nombre del padre anfitrión	Nombre de la madre anfitriona	Nombre y edades de otros adultos que comparten la vivienda		
Domicilio – Calle y número				
Localidad	Estado/pcia./depto.	Código postal	País	
Teléfono particular	Móvil	Fax	Correo electrónico	

**Al solicitante:** Remite este formulario con el resto de la solicitud cumplimentada al club o distrito rotario de tu localidad.

La información que proporcionas será transmitida a Rotary International, donde se utilizará con fines administrativos y no será divulgada ni vendida a terceros, salvo que así lo requiera la ley.

**A los clubes/distritos rotarios:** Sírvanse remitir el “Formulario de garantía” a:

Youth Exchange  
 Rotary International  
 One Rotary Center  
 1560 Sherman Avenue  
 Evanston, IL 60201-3698 EE.UU.



## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Normas y condiciones del intercambio

En calidad de participante en el Programa de Intercambio de Jóvenes patrocinado por un club o distrito rotarios, deberás acogerte a las siguientes normas y condiciones del programa. Los distritos se reservan el derecho de modificar el presente documento o agregar otras normas si así lo exigen las circunstancias locales.

#### Normas y condiciones del intercambio

- 1) Respetar las leyes del país anfitrión. De ser declarado culpable de infringir la ley, el solicitante no recibirá ningún tipo de ayuda por parte de los patrocinadores o país de origen. Deberá, además, regresar a su país por cuenta propia tan pronto como sea puesto en libertad por las autoridades.
- 2) Abstenerse de poseer o consumir cualquier tipo de drogas o estupefacientes. Se permite el consumo de medicamentos recetados por un médico.
- 3) Está determinadamente prohibido el consumo de bebidas alcohólicas. Los estudiantes mayores de edad deberán abstenerse de beber alcohol. Si la familia anfitriona ofreciera al solicitante este tipo de bebidas, éste podrá aceptar por cortesía, siempre y cuando sea en el seno de la familia y permanezca en casa bajo la supervisión de sus anfitriones.
- 4) No está permitido conducir ningún tipo de vehículos motorizados ni participar en programas de instrucción para conductores.
- 5) Puesto que el estudiante se encuentra bajo la autoridad del distrito anfitrión, deberá acatar en todo momento las normas y condiciones establecidas por éste. Los padres o apoderados no podrán autorizar directamente al estudiante su participación en otras actividades. Si el estudiante tuviera parientes en el país anfitrión, éstos no ejercerán ninguna autoridad sobre el mismo durante su participación en el programa.
- 6) Si dentro del programa debe asistir a clases deberá hacerlo regularmente realizando el máximo esfuerzo para obtener éxito en los estudios.
- 7) Contar con una póliza de seguro de viajes que incluya atención médica y dental en casos de accidente y enfermedad, fallecimiento (incluida la repatriación de restos), beneficios en caso de incapacidad/pérdida de extremidades, evacuación por emergencia médica, gastos para consultas de emergencias, servicios de emergencia de 24 horas, y asesoría legal, por un monto que el club o distrito rotario anfitrión considere adecuado. La cobertura deberá abarcar todo el período que el estudiante permanezca en el extranjero.
- 8) Contar con medios económicos suficientes para asegurar el bienestar del estudiante durante el intercambio. Es posible que el distrito anfitrión requiera un fondo de reserva para imprevistos. Todo saldo será devuelto a los padres o apoderados al concluir el intercambio.
- 9) Observar las normas sobre viajes establecidas por el distrito anfitrión. El estudiante podrá viajar con sus padres anfitriones o para asistir a funciones autorizadas por el club o distrito anfitrión, siempre bajo la supervisión de un adulto autorizado. Para cualquier otro tipo de viaje, el estudiante deberá contar con la autorización, por escrito, del club y distrito anfitrión, la familia anfitriona, y los padres o apoderados, exonerándose a Rotary de toda responsabilidad civil.
- 10) Regresar directamente al país de origen por la ruta acordada mutuamente por el distrito anfitrión y los padres o apoderados.
- 11) Todo gasto ocasionado por el regreso anticipado del estudiante u otros gastos no generales (clases particulares de idioma, excursiones, etc.) correrán por cuenta de los padres o apoderados del solicitante.
- 12) Comunicarse con la familia anfitriona (si corresponde) antes de salir del país de origen. El club o distrito anfitrión proporcionará la información correspondiente a la familia antes de la partida.
- 13) Se recomienda a los padres o apoderados, hermano y amigos del estudiante, que se abstengan de visitarlo durante el intercambio. Tales visitas deberán realizarse con la autorización del club y distrito anfitriones, y según las pautas establecidas por los mismos.
- 14) Reportar todo tipo de maltrato o acoso al consejero anfitrión o algún otro adulto de confianza.

#### Recomendaciones para llevar a cabo con éxito un intercambio

- 1) Se recomienda no fumar. Si el estudiante declaró que no fuma en la solicitud, deberá ser fiel a su palabra y abstenerse de fumar durante el intercambio. Su admisión en el programa depende de la declaración firmada. El estudiante no podrá fumar bajo ninguna circunstancia en los dormitorios de la familia anfitriona.
- 2) Por razones de salud, el estudiante no podrá hacerse tatuajes ni perforaciones corporales durante el intercambio.
- 3) Si se le asigna una familia anfitriona deberá respetar las decisiones de dicha familia. El estudiante deberá formar parte integral de la familia, y asumir las responsabilidades y deberes propios de su edad o de los miembros de una familia.
- 4) Aprender el idioma del país anfitrión. Esfuerzo que será apreciado por los profesores, padres anfitriones, socios del club rotario y otros en la comunidad. Además de facilitar su integración y aceptación en la comunidad, lo ayudará a forjar amistades duraderas.
- 5) Participar en actividades patrocinadas por Rotary y eventos familiares, demostrando verdadero interés en las mismas. Deberá, además, tomar la iniciativa y ofrecerse a participar sin esperar a que se lo pidan. La falta de interés del estudiante afecta no sólo el intercambio en sí sino que puede repercutir negativamente en futuros intercambios.
- 6) Se recomienda no entablar relaciones amorosas ni sexuales.
- 7) Seleccionar las amistades en la comunidad con mucha precaución. En este respecto, solicitar la opinión de las familias anfitrionas, consejeros y funcionarios escolares.
- 8) No pedir dinero prestado. Pagar toda deuda inmediatamente. Pedir permiso para usar el teléfono o la computadora de la casa, llevar un control de todas las llamadas y el tiempo conectado a Internet, y rembolsar mensualmente los gastos incurridos.
- 9) Limitar el uso de Internet y móviles. Es inaceptable el uso excesivo o inapropiado de tales medios.
- 10) Antes de aceptar una invitación para viajar o asistir a un evento, informarse debidamente de los gastos y responsabilidades que deberá asumir.

Nombre del solicitante	
------------------------	--

## DECLARACIÓN

**CON RESPECTO** a la admisión y participación del solicitante en el programa, los abajo firmantes —el SOLICITANTE y sus PADRES/APODERADOS— renuncian por el presente, en la medida que lo permita la ley, a plantear demandas y reclamar indemnizaciones de cualquier tipo en contra de los padres anfitriones y sus familiares, y de todos los socios, funcionarios, directores, integrantes de comités y empleados de los clubes y distritos rotarios patrocinadores y anfitriones y Rotary International, exonerándolos asimismo de toda responsabilidad civil por concepto de pérdidas, daños a la propiedad, o muerte, incluida toda responsabilidad que pudiera surgir por negligencia u omisión, salvo en casos de negligencia temeraria o conducta intencional, de cualquiera de las personas o entidades arriba mencionadas, que pudieran sufrir o alegar el solicitante, sus padres o apoderados, como resultado de la participación del solicitante en el programa de Intercambio de Jóvenes, incluido el viaje de ida y vuelta desde la localidad de origen al país anfitrión.

Los abajo firmantes —el solicitante y los padres o apoderados del solicitante— declaran haber leído y entendido las Normas del programa y Condiciones del intercambio. En el caso de ser seleccionado para participar en el intercambio, el solicitante se compromete a acatar dichas reglas y cualquier otro tipo de normas que se le impongan y notifiquen con la debida anticipación durante su permanencia en el país anfitrión.

Los suscritos declaran haber leído y entendido la “Declaración de normas de RI respecto a las actividades pro juventud”. Son conscientes, además, que es deber de todos los rotarios y familias anfitrionas leer y observar tal declaración. Queda estipulado que, de ser seleccionado para participar en el intercambio, el solicitante recibirá capacitación e información impresa sobre situaciones de maltrato y acoso, y que en dicha información figuran los datos de la persona de enlace con la que el estudiante debe contactarse si fuera víctima de cualquier tipo de maltrato o acoso.

El solicitante declara gozar de buena salud y sana reputación, entender cabalmente la importancia del papel de embajador de buena voluntad que debe cumplir todo estudiante del Intercambio de Jóvenes de Rotary, y se compromete, en la medida de sus posibilidades, a mantener una conducta digna de un estudiante de Intercambio de Jóvenes de Rotary de ser seleccionado para representar a su club y distrito rotario patrocinador, centro de enseñanza, comunidad, Estado/pcia./depto. y país. Declara además, que, a su leal saber y entender, los materiales incluidos en esta solicitud, al igual que los documentos adjuntos, son genuinos y exactos.

## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA Y REVELAR INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los abajo firmantes —padres/apoderados del solicitante y el solicitante— AUTORIZAN POR LA PRESENTE, la divulgación de la información médica de las páginas 1-4 de la sección “Historia clínica”, adquirida en el curso de los exámenes practicados por el médico y el odontólogo.

Los abajo firmantes —padres/apoderados, y el solicitante, de ser mayor de edad— habilitados legalmente para tomar decisiones sobre la salud y atención médica del solicitante, exoneran de toda responsabilidad a las partes pertinentes y autorizan las siguientes acciones durante la permanencia en el extranjero de su hijo/hija/menor en tutela en calidad de estudiante del Intercambio de Jóvenes de Rotary:

- En caso de accidente o enfermedad, se autoriza a todo rotario, acompañantes autorizados en actividades rotarias, y los padres anfitriones del estudiante a seleccionar el centro médico y médico(s)/dentista(s) que consideren adecuados para tratar al estudiante.
- Se autoriza cualquier tipo de operación, administración de anestesia o transfusión de sangre que el médico considere necesaria o aconsejable para el tratamiento del estudiante.
- Se autoriza además cualquier tipo de intervención quirúrgica o tratamiento médico realizado por un médico, cirujano o dentista titulado, en caso de requerir el estudiante atención médica de emergencia. Los firmantes solicitan que se les notifique sobre la situación con la mayor brevedad posible, sin que esto constituya una demora para brindar al estudiante el tratamiento necesario.
- Se autoriza la administración de las vacunas requeridas por el centro educativo del estudiante.
- Si se tratase de una intervención quirúrgica electiva, los firmantes solicitan ser informados al respecto antes de formularse los arreglos necesarios para tal intervención.

Los firmantes exoneran de toda responsabilidad a Rotary International, todos los distritos rotarios, clubes rotarios, rotarios, acompañantes rotarios y familias anfitrionas, por cualquier intervención requerida en un caso de emergencia, independientemente del resultado final de la misma.

Los firmantes se comprometen a asumir toda obligación financiera que se derive de cualquier tratamiento médico administrado que excediera de la cobertura establecida en la póliza de seguros.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)	Firma
Madre/apoderada (nombre en letra de imprenta)	Firma
Padre/apoderado (nombre en letra de imprenta)	Firma
Refrendado ante el representante del club patrocinador (nombre en letra de imprenta)	Firma
Refrendado el _____ día del mes de _____, del año _____.	

### Declaración de normas de RI respecto a las actividades pro juventud

Rotary International es una entidad consagrada a crear y mantener el entorno más seguro posible para todos los participantes en las actividades de Rotary. Es el deber de todos los rotarios, los cónyuges de los rotarios, los colaboradores y otros voluntarios, salvaguardar de la mejor manera el bienestar de los niños y jóvenes con quienes se relacionan, y desplegar el máximo esfuerzo para evitar todo tipo de abuso físico, sexual o afectivo.

*Resolución adoptada por la Directiva de Rotary International en noviembre de 2002*



Distrito \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante

## Solicitud para un intercambio de corto plazo

### Lista de control para la solicitud

Esta lista de control te servirá para verificar si has cumplimentado todas las secciones de la solicitud. Asegúrate de que las firmas sean originales y estén en tinta AZUL en todas las copias fotostáticas; las fotografías adjuntas deben ser originales o duplicados a color de buena calidad.

	Juego 1	Juego 2	Juego 3	Juego 4
Páginas de <i>datos personales</i> <b>cumplimentadas</b> con <b>fotografías</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se <b>adjuntaron</b> las <i>cartas y fotografías</i> (4) <b>requeridas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Historial clínico y examen médico</i> <b>cumplimentado</b> y <b>firmado</b> por el médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Examen odontológico</i> <b>cumplimentado</b> y <b>firmado</b> por el dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Garantía</i> <b>firmada</b> por el solicitante y sus padres/apoderados				
<i>Declaración y autorización para recibir atención médica y revelar información en la historia clínica y exención de responsabilidad</i> <b>firmadas</b> por el solicitante y sus padres/apoderados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del <b>certificado de estudios</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del <b>pasaporte</b> o <b>partida de nacimiento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

