



Fecha: _____

**YO _____ DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD,
QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE DOCUMENTO ES ABSOLUTAMENTE VERAZ Y COMPROBABLE.**

*Toda la información recabada será utilizada únicamente para fines estadísticos.

INFORMACIÓN DE MÉXICO

1. ¿Por qué le interesa trabajar en el extranjero? _____
2. Entidad: _____ 3. Edad: _____ 4. No. De hijos: _____
5. Estado civil: Casado () Soltero () Viudo () Unión Libre () Divorciado () Separado ()
6. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en México? _____
7. ¿Tiene antecedentes penales? Si () No ()
Si la respuesta es sí, especifique cuáles cargos: _____
8. ¿Actualmente tiene algún juicio en proceso? Si () ¿De qué tipo? _____ No ()
9. ¿Actualmente cumple con alguna sentencia? Si () ¿De qué tipo? _____ No ()
10. ¿Ha sido infraccionado o multado al conducir un vehículo? Si () No ()
¿Cuántas veces? a) Una vez () b) Dos veces () c) Tres veces o más ()
11. Señale los motivos de la infracción
a) Exceso de velocidad ()
b) Conducir sin licencia ()
c) Conducir bajo los efectos del alcohol o alguna sustancia psicotrópica ()
d) Otros () Especifique: _____

12. Indique donde vive actualmente su familia llenando el siguiente cuadro:

	México	Extranjero (Indique país, ciudad)	Tiempo
Padre			
Madre			
Hijos			
Esposo (a) o cónyuge			
Hermanos			
Tíos o Primos			

13. ¿Cuál es su nivel del idioma inglés? Básico () Intermedio () Avanzado () Ninguno ()
14. ¿En donde aprendió el idioma? Escuela () Curso () Extranjero () No aplica ()

ANTECEDENTE MIGRATORIO

¿Ha trabajado en el extranjero? Si () En qué país: _____ No ()

15. Su empleo en el extranjero fue de manera:

a) Legal () Duración: _____

b) Ilegal () Duración: _____

16. ¿Cuenta con alguna visa de turista o permiso de trabajo vigente en el extranjero? Si () No ()

¿En qué países?

Complete el siguiente cuadro:

	País, Ciudad	Tipo de visa	Vigencia
1			
2			

17. ¿Alguna vez le ha sido negada una visa (turista, trabajo, etc) o para Canadá, Estados Unidos u otro país? No ()

Si () En qué país _____ De qué tipo _____ Fecha: _____

Mencione los motivos: _____

18. Si ha visitado, estudiado o trabajado en el extranjero complete el siguiente cuadro:

País, Ciudad	Motivo del viaje	Mes y año de llegada	Mes y año de regreso	Motivo del regreso	Si fue deportado, mencione tipo (deportación forzada o voluntaria)

19. ¿Alguna vez ha solicitado asilo o refugio en el extranjero? Si () No ()

¿En qué país? _____ Indique el motivo: _____

20. ¿Alguna vez ha intentado cruzar de manera ilegal algún país Si () No ()

País: _____ No. de veces: _____ Año del último intento: _____

21. ¿Alguna vez ha sido detenido por la policía de inmigración en el cruce fronterizo? Si () No ()

22. ¿Durante su detención le fueron tomadas sus huellas dactilares y datos personales? Si () No ()

23. ¿Durante el tiempo que vivió en el extranjero, fue privado de la libertad y/o detenido por la policía? Si () No ()

24. ¿Recibió asistencia o asesoría legal de algún tipo por parte del consulado de México? Si () No ()

Si fue detenido en el extranjero complete el siguiente cuadro:

País, Ciudad	Motivo	Tiempo de detención	Fecha de detención

ESTADO DE SALUD

25. ¿Con que frecuencia consume las siguientes sustancias?

	Nunca	Ocasionalmente (1 o 2 veces al mes)	Frecuentemente (4 veces al mes)	Constantemente (5 o más veces al mes)
Bebidas alcohólicas				
Estupefacientes, sustancias psicotrópicas o drogas				

I. Antecedentes hereditarios y familiares

Indique si alguno de sus familiares (madre, padre o hijos) padece alguna de estas enfermedades:

	Si	No	¿Quién?
Enfermedades cardíacas			
Diabetes			
Hipertensión arterial			
Cáncer			
Convulsiones/epilepsia			
Trastornos psiquiátricos			
Tuberculosis pulmonar			
Especifique otro:			

II. Enfermedades personales

Indique si usted ha tenido o tiene alguno de los siguientes padecimientos:

	Si, especifique	No
Alergias (medicamentos, alimentos, picaduras)		
Enfermedades de la piel		
Cirugías		
Enfermedades de transmisión sexual		
Hepatitis		
Diabetes		
Trastornos psiquiátricos		
Cáncer		
Tuberculosis pulmonar		
Fracturas/heridas		
Padecimientos ortopédicos (columna vertebral)		
Enfermedades crónico-degenerativas		
Trasplantes o donaciones de órganos/transfusiones sanguíneas		
VIH/Sida		
Problemas de visión (daltonismo, glaucoma, cataratas, otro)		

Medicamentos que consume por prescripción médica: a) _____ b) Ninguno ()

La información proporcionada podría ser compartida con autoridades migratorias en el extranjero con la finalidad de corroborar la veracidad de sus respuestas, determinante para la obtención de la visa o permiso de trabajo.

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL INTERESADO

Operador en la OSNE responsable de la revisión del presente documento:

Nombre: _____

Firma: _____