Centro de Educación Ambiental y Cultural “Muros de Agua- José Revueltas"

Cuestionario Médico

Se solicita responder de manera exhaustiva y honesta.   
La información aquí vertida no se utilizará como criterio de selección, sin embargo, es necesario contestar por su propia seguridad e integridad así como la de sus compañeros y compañeras.

\*Obligatorio

| **\*Datos personales** | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha en que se responde el cuestionario: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre (s): | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | | | |
| Género: | | | | | Edad: | | | | | | | | | | |
| Teléfono particular: | | | | | Correo electrónico: | | | | | | | | | | |
| Calle y número: | | | | Número interior: | | | | | | | | | | | |
| Colonia: | | | | CP: | | | | | | | | | | | |
| Alcaldía/ municipio: | | | | Estado: | | | | | | | | | | | |
| CURP: | | | | Institución de seguridad social | | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente estás laborando? Sí/ No | | | | No. de seguridad social (en caso de tenerlo) | | | | | | | | | | | |
| **\*Datos en caso de emergencia** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es tu tipo de sangre? | | | | | | | ¿Eres donante de órganos? | | | | | | | | |
| ¿Eres alérgico a algún tipo de medicamento? | | | | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | |
| ¿Padeces algún tipo de alergia? | | | | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | |
| ¿Eres alérgico a algún alimento? | | | | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | |
| \***Datos de contacto en caso de emergencia** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | Parentesco: | | | | | | | | | | | |
| Teléfono particular: | | | | | | | | Celular: | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | |
| \***Declaraciones médicas del estudiante. Responde sí / no según se requiera.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Estuvo hospitalizado recientemente? | | | | | | ¿Por qué motivo? | | | | | | | | | |
| ¿Fue operado recientemente? | | | | | | ¿De qué? | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido pérdida de conciencia? | | | | | | ¿Sufre de epilepsia? | | | | | | | | | |
| ¿Tienes algún tratamiento para estos padecimientos? | | | | | | ¿Consume narcóticos o estimulantes?  ¿Cuáles? | | | | | | | | | |
| ¿Padece alguna de estas enfermedades? | | | | | |  | | | | | | | | | |
| ( ) | | De los oídos | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Asma | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Sinusitis | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Rinitis | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Tuberculosis | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Pulmonares | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Del aparato digestivo como colitis o gastritis | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Óseas | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | De la columna vertebral | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | De la piel | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Depresión | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Ansiedad | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Neurosis | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | | Problemas dentales (caries, gingivitis, otros) | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Toma regularmente algún medicamento? | | | | | | | | | ¿Cuál y para qué? | | | | | | |
| ¿Ha sufrido algún trastorno alimenticio? | | | | | | | | | ¿Cuál? | | | | | | |
| ¿Ingiere bebidas embriagantes? | | | | | | | | | ¿Con qué frecuencia? | | | | | | |
| ¿Consume tabaco o sus derivados? | | | | | | | | | ¿Con qué frecuencia? | | | | | | |
| **\*¿Enfermedades crónico degenerativas?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X en caso de padecerla) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Diabetes | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Hipertensión | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Afecciones cardiacas | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | EPOC | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Asma | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Algún tipo de cáncer | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Reporte COVID 19** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ha presentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Tos | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Fiebre | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Dolor de cabeza | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Dificultad para respirar | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Dolor de garganta | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Escurrimiento nasal | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Dolor en músculos o articulaciones | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Diarrea | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Pérdida o cambio en el olfato o gusto | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿En los últimos 14 días has estado con alguna persona enferma o sospechosa de COVID- 19? Sí ( ) No ( ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*¿Cuál diría que describe mejor su vida actualmente?** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Mantengo confinamiento estricto | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Mantengo confinamiento pero me reuno de vez en cuando con familiares o amigos | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Me cuido, asisto a reuniones reducidas | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Asisto a fiestas y reuniones | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Por cuestiones laborales y/o de estudios no he mantenido confinamiento. Sin embargo tomo las medidas sanitarias necesarias para mi cuidado. | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usted es alérgico a algún medicamento o alimento? (marcar con una x) | | | | | | | | | | | | Sí ( ) | | No ( ) | |
| ¿A cuál medicamento o alimento es alérgico?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es tu tipo de sangre? (marcar con una x) | | | | | | | | | | | | | | | |
| A + ( ) | | | B + ( ) | | | | AB + ( ) | | | O + ( ) | | | | | |
| A - ( ) | | | B - ( ) | | | | AB - ( ) | | | O - ( ) | | | | | |
| ¿Ya cuenta con el esquema completo de vacunación contra COVID-19? (marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Si ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | No | | | | | | | | | | | | | | |
| La crisis sanitaria ocasionada por COVID-19 implicó el distanciamiento social y el confinamiento. ¿Cómo dirías que afectó a tu estado de ánimo y psicológico?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Situación socioemocional del aspirante.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responde únicamente una opción en cada pregunta. | | | | | | | | | | | Si | | No | | Algunas veces |
| Tengo facilidad para expresar lo que siento. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Suelo sentirme feliz. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Suelo hacer cosas sin pensar en las consecuencias. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Soy capaz de relacionarme con otros. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Soy una persona sociable. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Prefiero estar solo en lugar de con otras personas. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me resulta fácil encontrar solución a las situaciones que se me  presentan. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me resulta fácil decir lo que pienso. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me he dado cuenta que me resulta difícil expresarme y hablar en público. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me gusta participar en actividades como fiestas, reuniones con amigos y compañeros. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me gusta intentar varias veces cuando algo no me resulta. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me resulta sencillo adaptarme a un lugar nuevo para mí. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me gusta ayudar a otras personas cuando lo necesitan. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me considero una persona feliz y alegre. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Siento que las cosas que me propongo me resultan bien gracias a mis capacidades. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me resulta difícil entender a las personas y ponerme en su lugar. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Cuando tengo un problema soy capaz de encontrar distintas soluciones. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Es fácil para mí escuchar a los otros. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me considero el alma de la fiesta. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Puedo mantener la calma en situaciones nuevas o cambiantes. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| ¿Cuando tomo decisiones, tengo en cuenta las consecuencias de mis actos?. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Suelo preocuparme demasiado por cosas que son de solución sencilla. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Suelo culpar a los demás por cosas que me pasan. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| He viajado solo por largos periodos de tiempo. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Me siento cómodo con mi cuerpo | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| Suelo estar largos periodos de tiempo conectado a las redes sociales. | | | | | | | | | | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| **\*Historial Socioemocional** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna enfermedad o padecimiento psicológico o psiquiátrico? Sí ( ) No ( ) Cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticado? | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tuvo o tiene algún tratamiento?\* | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿En qué consiste o consistía el tratamiento?\*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de tomar algún medicamento especifique (nombre del medicamento, dosis y frecuencia de la ingesta)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Preguntas abiertas.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué sucede cuando las cosas no salen como espero?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué suele ponerme de mal humor?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué suele ponerme de buen humor?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué pasa cuando escucho otras opiniones distintas a las mías?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Considero que es necesario cumplir acuerdos establecidos?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante su estancia en Islas Marías, algunas personas pueden llegar a sentirse encerrados o desesperados por saber que están en una isla, en relativo aislamiento y rodeados de personas que aún no conocen.  ¿Qué sentimiento consideras qué podría generarte esta situación y cómo lo trabajarías?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que la información reportada es verídica y que no estoy omitiendo información relevante, de la cual tenga conocimiento, sobre mi estado de salud físico y mental.  Asimismo, eximo a todas las dependencias involucradas en el Proyecto de cualquier problema de salud derivado de información que haya omitido o falseado en el presente cuestionario.  Derivado de la falsedad de información en el presente cuestionario, nos reservamos el derecho de cancelar su participación en el Proyecto, así como la posibilidad de retirarlo en cualquier momento, sin derecho a participar en generaciones subsecuentes.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma  Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), con domicilio en Av. Ejército Nacional Núm. 223, Col. Anáhuac, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11320, a través de la Subsecretaría de Planeación para la Protección Ambiental, es la responsable del uso, tratamiento y protección de los datos personales recabados a través del Programa de capacitación del Centro de Educación Ambiental y Cultural “Muros de Agua – José Revueltas” recabados a través del correo electrónico natalia.heatley@semarnat.gob.mx y/o centro.murosdeagua@semarnat.gob.mx de esta Secretaría y se utilizarán con el fin de evaluar la candidatura de postulantes para acreditarse como “Guardianes del Territorio”. Observando los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad del tratamiento de dicha información. Los datos serán protegidos y tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y demás disposiciones aplicables y se utilizarán exclusivamente para los fines que fueron solicitados.  Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en el portal: <https://www.semarnat.gob.mx/gobmx/transparencia/tavisos.html> | | | | | | | | | | | | | | | |