

PEGA AQUI  
TU FOTO

## DATOS PERSONALES

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino:  Femenino:

Estado Civil:

Casado:  Soltero:

Viudo:  Separado:

Divorciado:

Estudios: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Facebook: \_\_\_\_\_

Nombre de la Iglesia: \_\_\_\_\_

## AREA ESPIRITUAL

¿Cuando acepto a Jesucristo como su salvador personal: \_\_\_\_\_  
Mes/Año

¿Has tenido la experiencia de Hechos 2:4?: Si:  No:

Nombre de la Iglesia: \_\_\_\_\_

Cobertura / Denominación: \_\_\_\_\_ Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de la iglesia: \_\_\_\_\_

¿Asiste con regularidad a la iglesia?: Si:  No:  ¿Eres miembro oficial?: Si:  No:

Indica en que ministerio (s) ha estado involucrado: \_\_\_\_\_

## AREA FAMILIAR

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad Estado C. P.

Telefono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Denominación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre o tutora: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad Estado C. P.

Telefono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Denominación: \_\_\_\_\_

## AREA LABORAL

Lugar de trabajo Actual: \_\_\_\_\_ Ocupación/Cargo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tiempo laborando: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo Anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación/Cargo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tiempo laborando: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLINICO

¿Has consumido drogas ilegales alguna vez? Si:  No:

¿Has tenido actividad sexual de cualquier tipo fuera del matrimonio? Si:  No:

¿Has estado involucrado en homosexualismo o lesbianismo? Si:  No:

¿Has fumado? Si:  No:  ¿Has ingerido alcohol? Si:  No:

En caso de que algunas de las respuestas anteriores sea afirmativa, adjunte en una hoja citando la ultima fecha de la actividad y el porque.

Describe su condición física y emocional, o informe de alguna atención especial o tratamiento requerido



**DECLARACIÓN DE PROPÓSITO**  
ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE

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

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Por favor, escriba a máquina o con letra molde

1. De manera breve describa su salvación y experiencia en el ministerio

2. Explique porque desea asistir a Aljaba Break y que desea obtener durante su tiempo aquí.



## HISTORIA MÉDICA

**INSTRUCCIONES:** Cada solicitante deberá presentar un historial de antecedentes médicos y un examen físico. A los solicitantes se les pide llene honestamente el siguiente cuestionario y que se realice un examen médico previo al envío del resto de los documentos.

debe ser llenado por el solicitante

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino C. P. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Indique el tipo de seguro médico: IMSS  ISSSTE  Otro, Especifique \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor notifique a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### PADRE U TUTOR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### MÉDICO FAMILIAR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico recientemente SI  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento prescrito? SI  NO  ¿Cual?: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún desorden nervioso? SI  NO  Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿alguna vez ha estado bajo? SI  NO  Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado bajo cuidado médico por algún trastorno emocional? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por favor, explique: \_\_\_\_\_ ¿En qué institución? \_\_\_\_\_



## HISTORIA DE ENFERMEDADES

ANTES / AHORA		ANTES / AHORA		ANTES / AHORA	
_____ / _____	ASMA	_____ / _____	INSOMIO	_____ / _____	GASTRITIS
_____ / _____	FIEBRE DE HENO	_____ / _____	NERVIOSISMO	_____ / _____	FIEBRE TIFOIDEA
_____ / _____	GRIPES FRECUENTES	_____ / _____	ORINA FRECUENTE	_____ / _____	MALARIA
_____ / _____	ESCUPE SANGRE	_____ / _____	ESTREÑIMIENTO	_____ / _____	PLEURESÍA
_____ / _____	SUDORES NOCTURNOS	_____ / _____	INDIGESTIÓN	_____ / _____	ÚLCERA GÁSTRICA
_____ / _____	PROBLEMAS VISUALES	_____ / _____	VIRUELA	_____ / _____	APENDICITIS
_____ / _____	PROBLEMAS AUDITIVOS	_____ / _____	RUBÉOLA	_____ / _____	PROB. DE LA PIEL
_____ / _____	MAREO O VÉRTIGO	_____ / _____	VARICELA	_____ / _____	TUBERCULOSIS
_____ / _____	OBSTRUCCIÓN NASAL	_____ / _____	SARAMPiÓN	_____ / _____	PARÁLISIS INFANTIL
_____ / _____	PROBLEMA DE TIROIDES	_____ / _____	ESCARLATINA	_____ / _____	DIFTERIA
_____ / _____	PALPITACIONES/CORAZÓN	_____ / _____	TOS FERINA	_____ / _____	VIH (+) SIDA
_____ / _____	DIFICULTAD RESPIRATORIA	_____ / _____	FIEBRE REUMÁTICA	_____ / _____	SIFILIS
_____ / _____	AMIGDALITIS	_____ / _____	PAPERAS	_____ / _____	GONORREA
_____ / _____	PROBLEMAS DE ESPALDA	_____ / _____	DIABETES	_____ / _____	OTRAS
		_____ / _____	EPILEPSIA / CONVULSIONES		
		_____ / _____	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		

## RECORD DE VACUNAS

VACUNA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
DTP				
Antitetánica				
Polio				
Rubéola				
Paperas				
Sarampión				

Los historiales médicos se mantendrán confidencialmente, así como toda la información presentada en la solicitud. El solicitante deberá firmar en la parte correspondiente, autorizando de esta manera a la Administración del Centro de Formación para absorber, remitir y liberar la información de salud necesaria en caso de que presentará alguna situación de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor



## PARTE II- EXAMEN FÍSICO (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO)

Talla: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

F. C. \_\_\_\_\_

T. A. \_\_\_\_\_

Nariz y Garganta: \_\_\_\_\_

Fosas Nasales: \_\_\_\_\_

Dientes: \_\_\_\_\_

Piel: \_\_\_\_\_

Ojos: \_\_\_\_\_

Oídos: \_\_\_\_\_

¿Existe algún problema de tiroides o glandular? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna debilidad o limitación? \_\_\_\_\_

¿Considera que la salud del solicitante es adecuada para un trabajo escolar intensivo? \_\_SI\_\_NO

Observaciones: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Firma y sello del Médico

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

C.P.

## SALUD

Por favor describa su condición física y emocional, o informe de alguna atención especial o tratamiento requerido

¿Ha interrumpido sus estudios o empleo durante algún periodo de tiempo por causa de un desorden físico o nervioso? SI  NO

## AREA LEGAL

Ha tenido o estado en un conflicto legal o jurídico? SI  NO

Mencione las causas y motivos del conflicto



## RECOMENDACIÓN PASTORAL

NOTA: ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE

AL SOLICITANTE: Esta recomendación debe ser llenada por el Pastor y colocada en un sobre cerrado que contenga el logotipo o sello de la Iglesia. Si el Pastor es familiar suyo, deberá solicitar a otro miembro del liderazgo de su iglesia que llene esta hoja. En este caso deberá hacer la aclaración correspondiente.

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

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_\_\_

## CONFIDENCIALIDAD

Renuncio a mi derecho de revisar esta carta de recomendación

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AL PASTOR: La persona arriba mencionada solicita ser admitida en el CENTRO DE FORMACIÓN ALJABA por lo que se dará una seria consideración a sus comentarios. Gracias por su cooperación.

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué clase de relación tiene con el solicitante? (Por favor marque solo una)

Muy buena relación pastoral  Bastante buena, buen contacto personal

Casual, algo de contacto personal  Le conozco de nombre y de vista

3. ¿Sabe si el solicitante ha hecho un compromiso con Jesucristo

SI  NO  LO DESCONOZCO

4. ¿Qué nivel de compromiso tiene el solicitante con las actividades de la iglesia? Por favor, marque sólo una.

Entusiasta, profundamente involucrado  Cooperativo, usualmente dispuesto a ayudar

Rara vez participa, aunque asiste regularmente  Asiste irregularmente, muestra poco interés

5. ¿En qué ministerio ha participado regularmente el solicitante? \_\_\_\_\_

6. Por favor, indique que áreas considera fuertes en el solicitante \_\_\_\_\_



7. ¿Conoce alguna debilidad en el solicitante de la cual debemos estar enterados?: \_\_\_\_\_

8. ¿Sabe si el solicitante:

Fuma SI  NO  Consume Bebidas Alcohólicas SI  NO  Uso de Drogas Ilegales SI  NO

Comentarios \_\_\_\_\_

Por favor describa algunos factores que pudieran afectar la culminación y el éxito del solicitante \_\_\_\_\_

La influencia del solicitante en sus compañeros es:

Positiva  Neutral  Negativa

Por favor evalúe al solicitante en consideración a las siguientes categorías. Por favor marque solo una:

	Excelente	Arriba de lo Normal	Normal	Debajo de lo normal	No observado
Formalidad, Responsabilidad, Confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madurez, Desarrollo personal, Habilidad para cooperar con las soluciones de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Emocional Reacción al estrés, Equilibrio, Estabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivación Genuina y de profundo compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juicio ,Habilidad para analizar un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expresión Oral Claridad y Coherencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación Personal , Cooperatividad, Tener una actitud de obediencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empatía, Sensibilidad a la necesidad de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitos de Trabajo , Vigor, Perseverancia, Iniciativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liderazgo , Creatividad, Motivación, Prudencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apariencia Personal Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integridad, Honestidad y Carácter moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**POR FAVOR, MARQUE SÓLO UNO**

Lo recomiendo altamente  Lo Recomiendo  Lo Recomiendo con reservas

**POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA IGLESIA A LA QUE ASISTE Y DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado C.P.

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

