

PEGA AQUÍ
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 última 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 _____ C. P. _____
 Email: _____ Sexo: Femenino Masculino

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



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 debamos 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"/> |
| Madurez, Desarrollo personal, Habilidad para cooperar con las soluciones de la vida | <input type="checkbox"/> |
| Estabilidad Emocional Reacción al estrés, Equilibrio, Estabilidad | <input type="checkbox"/> |
| Motivación Genuina y de profundo compromiso | <input type="checkbox"/> |
| Juicio ,Habilidad para analizar un problema | <input type="checkbox"/> |
| Expresión Oral Claridad y Coherencia | <input type="checkbox"/> |
| Relación Personal , Cooperatividad, Tener una actitud de obediencia | <input type="checkbox"/> |
| Empatía, Sensibilidad a la necesidad de otros | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de Trabajo , Vigor, Perseverancia, Iniciativa | <input type="checkbox"/> |
| Liderazgo , Creatividad, Motivación, Prudencia | <input type="checkbox"/> |
| Apariencia Personal Limpieza | <input type="checkbox"/> |
| Integridad, Honestidad y Carácter moral | <input type="checkbox"/> |

POR FAVOR, MARQUE SÓLO UNO

Lo recomiendo altamente Lo Recomiedo Lo Recomiedo 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. País

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

