

ESCRIBA A COMPUTADORA O LETRA DE MOLDE EN UNA HOJA APARTE

1. Su experiencia de conversión
2. ¿En cuáles de las siguientes has participado en algún momento?
 Santería Fetichismo
 Hipnosis Agüeros ocultos
 Brujería Telepatía
 Espiritismo Ateísmo
 Música Rock Alcohol
 Clarividencia Horóscopo
 Drogas Comunismo
 Homosexualidad Magia negra
 Juego de cartas Relaciones sexuales
3. ¿En que área de carácter deseas crecer y mejorar?
4. Describe tus metas espirituales, ministeriales y misioneras.
5. Describe tu relación con la iglesia áreas donde sirves experiencias de liderazgo, dones y habilidades
6. Describe tus experiencias de trabajo a nivel profesional u otras experiencias.
7. ¿Cuáles son sus planes luego de finalizar su Escuela de Discipulado?
 Continuar estudios universitarios Servir en ministerio de Misericordia
 Trabajar Trabajar en construcción
 Ser parte del personal de JuCUM Indeciso(a)
 Trabajar con refugiados Otro
 Trabajar en la Iglesia
8. ¿Tienes (o has tenido) impedimentos físicos? Describe los
9. ¿Eres vegetariano o llevas alguna dieta especial? Explica
10. Anote cualquier otra clase de información que crea necesaria compartir con el personal de la Escuela de Discipulado

AUTOEVALUACION

Favor de evaluarse usted mismo(a) en cada una de las siguientes áreas:

E = Excelente	B = Bueno	R = Regular	P = Pobre
<input type="checkbox"/> Adaptabilidad		<input type="checkbox"/> Liderazgo	<input type="checkbox"/> Locución
<input type="checkbox"/> Servicio		<input type="checkbox"/> Testigo de Cristo	<input type="checkbox"/> Presentación
<input type="checkbox"/> Lectura		<input type="checkbox"/> Uso del español	<input type="checkbox"/> Compañerismo
<input type="checkbox"/> Sujeción			

Certifico que he completado todos los requisitos de esta solicitud. De ser aceptado, me dispongo a obedecer conforme a las normas y horario de la Escuela de Discipulado y YWAM Tyler.

Firma

Fecha

Historial De Salud

(A ser complementada por el solicitante)

Nombre y apellido: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal : _____

Teléfono Residencial : _____ Tel. Trabajo/ Celular : _____

Fecha de nacimiento : _____ Sexo : _____ Seguro Social : _____

Estado Civil : _____ Peso: _____ Estatura: _____ Ocupación : _____

Nombre Médico: _____ Teléfono : _____

Plan Médico : _____ Número de contrato : _____

Favor de contestar **Si** o **No** a las siguientes preguntas. Sus contestaciones serán estrictamente confidenciales.

1- ¿Se encuentra en buena salud? _____ Si _____ No

2- ¿Tiene o ha padecido de las siguientes enfermedades? (Haga una marca de cotejo)

	Válvulas artificiales, válvulas defectuosas		Asma
	Soplo, defectos congénitos del corazón		Erupciones en la piel
	Enfermedades cardiovasculares (ataques, presión alta, coronarias)		Convulsiones
	Dolor en el pecho cuando se ejercita		Diabetes
	Se queda corto de respiración		Hepatitis ¿Cuál? :
	Utiliza marcapaso artificial		Artritis
	Alergias Explique :		Úlceras estomacales
	Sinusitis		Gastritis
	Problemas en los riñones		Mareos
	Epilepsia		Hipoglicemia
	Dolor de cabeza		Dolores abdominales
	Sangra o se le forman moretones con facilidad		Dieta especial ¿cuál?

3- ¿Está bajo tratamiento médico? _____ Si _____ No

Si es afirmativo, especifique condición y tratamiento _____

4- ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad? _____

5- ¿Utiliza algunos de los siguientes?

_____ Espejuelos o lentes de contacto _____ Braces

_____ Ayuda auditiva _____ Zapatos especiales

Otros : _____

6- ¿Hace ejercicios? Si No ¿Cuál? : _____

7- ¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? (Haga una marca de cotejo ✓)

_____ Antibiótico _____ Tranquilizantes

_____ Cortisona _____ Aspirina

_____ Medicinas para la presión _____ Insulina

Otras : _____

8- ¿Es alérgico a los siguientes medicamentos? (marque Si ó No)

_____ Insulina _____ Aspirina

_____ Codeína _____ Antibioticos especifique : _____

Otras : _____

9- Tipo de sangre : _____

10- Si es mujer :

¿Estás embarazada? Si No ¿Toma pastillas anticonceptivas? Si No

¿Problemas con su ciclo menstrual? Si No

11- ¿Tiene alguna condición médica no especificada anteriormente y que requiera evaluación médica frecuente? Si No

Explique _____

12 – Evidencias de Vacunas (Favor de presentar copia PVCA III)

a. Tétano Difteria Adulto (mayores de 14 años) b. Hepatitis A (2 Dosis)

Certifico que esta información es correcta, la misma será utilizada para mi propio beneficio en estricta confidencialidad por el personal asignado a este propósito en la organización Youth With A Mission Tyler. En caso de error u omisión de la información suministrada por mi en esta solicitud, no responsabilizaré a YWAM ni a su personal por cualquier daño físico ocurrido o acción disciplinaria que sea necesario tomar. YWAM se reserva el derecho de admisión o suspensión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.

Firma del participante / fecha

Firma del Padre o Encargado / fecha
