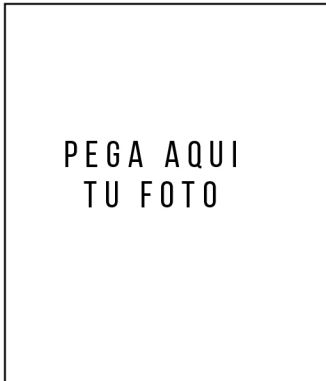


CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD



Nombre Completo

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección actual

C.P.: _____ Telefono: _____ Email: _____

Facebook: _____ No. Celular: _____

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Sexo: Masculino: Femenino:

Estado Civil: Casado: Soltero: Viudo: Divorciado: Separado:

Fecha de Matrimonio: _____ Fecha de separación o divorcio: _____

En caso de tener hijos favor de indicar edades y nombres: _____

Estudios: Secundaria: Preparatoria: Universidad: Carrera: _____

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: _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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: _____

HISTORIA 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

¿Has interrumpido durante un periodo tus estudios, o empleo por causa de salud? Si: No:

MODO DE PAGO

Especifique la forma de pago: Una sola emisión Inscripción y mensualidades

¿Quién estaría cubriendo tu instancia en el CFM Aljaba:

De forma personal La iglesia Otro (especifique) _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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. ¿por que desea estudiar en la especialidad de misiones?

3. ¿Tienes un llamado hacia alguna nación o ministerio?

4. ¿cuales son tus expectativas y metas a obtener durante el tiempo de entrenamiento

El Instituto se reserva el derecho de requerir la baja de cualquier estudiante que se muestre en desacuerdo con la filosofía del instituto.

En caso de que por alguna razón el alumno decida suspender el entrenamiento, el CFM ALJABA penalizara con el 50% del total de su colegiatura.



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

ACUERDO

Cumpliré con las reglas específicas de conductas instituidas, mientras sea estudiante del
Centro de Formación Ministerial Aljaba

Firma del solicitante

Firma del padre o tutor

Fecha

ENVÍA TU SOLICITUD PERSONAL VIA E-MAIL CON UN MES DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE INICIO DEL CURSO.



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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: _____
Ciudad Estado C. P.

Telefono: _____ 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: _____ Estado: _____ C.P. _____ País: _____

Padre o Tutor:

Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____ País: _____

Médico Familiar:

Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____ País: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? SI NO Especifique: _____

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



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

HISTORIA DE ENFERMEDADES

ANTES / AHORA

ASMA
 FIEBRE DE HENO
 GRIPES FRECUENTES
 ESCUPE SANGRE
 SUDORES NOCTURNOS
 PROBLEMAS VISUALES
 PROBLEMAS AUDITIVOS
 MAREO O VÉRTIGO
 OBSTRUCCIÓN NASAL
 PROBLEMA DE TIROIDES
 PALPITACIONES/CORAZÓN
 DIFICULTAD RESPIRATORIA
 AMIGDALITIS
 PROBLEMAS DE ESPALDA

ANTES / AHORA

INSOMIO
 NERVIOSISMO
 ORINA FRECUENTE
 ESTREÑIMIENTO
 INDIGESTIÓN
 VIRUELA
 RUBÉOLA
 VARICELA
 SARAMPIÓN
 ESCARLATINA
 TOS FERINA
 FIEBRE REUMÁTICA
 PAPERAS
 DIABETES
 EPILEPSIA / CONVULSIONES
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ANTES / AHORA

GASTRITIS
 FIEBRE TIFOIDEA
 MALARIA
 PLEURESÍA
 ÚLCERA GÁSTRICA
 APENDICITIS
 PROB. DE LA PIEL
 TUBERCULOSIS
 PARÁLISIS INFANTIL
 DIFTERIA
 VIH (+) SIDA
 SIFILIS
 GONORREA
 OTRAS

¿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: _____

¿Has estado bajo cuidado médico por algún trastorno emocional? SI NO

Por favor, explique: _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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.

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.

Firma del Solicitante

Firma del Padre o Tutor



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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 _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

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"/>	<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. País
CORREO ELECTRÓNICO: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

RECOMENDACIÓN PERSONAL

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: _____

A LA PERSONA QUE LLENA ESTA RECOEMDACIÓN: 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)

Profesor academico Jefe de Trabajo

Lider Amigo

3. ¿En qué nivel conoce al solicitante?

De nombre o de vista Casualmente Muy bien

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

SI No Desconozco

5. ¿Sabe si el solicitante:

Fuma: SI NO Consume Bebidas Alcohólicas: SI NO Usa drogas Ilegales: SI NO

Comentarios: _____



CENTRO DE FORMACIÓN MINISTERIAL ALJABA
ESPECIALIDAD DE MISIONES

SOLICITUD

6. ¿Qué características describen mejor al solicitante?: _____

7. Según su conocimiento: ¿En qué ministerio ha estado involucrado el solicitante?
(Escuela Dominical, Líder de Jóvenes, Maestro de Niños, etc.) _____

8. Indique qué áreas considera fuertes en el solicitante _____

9. Describa alguna debilidad en el solicitante de la cual debamos estar enterados: _____

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. País
CORREO ELECTRÓNICO: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

