



DATOS PERSONALES

Nombre
nombre(s) apellido paterno apellido materno

fecha de nacimiento edad lugar de nacimiento

Nacionalidad Estado civil Sexo M F

Domicilio
calle y número colonia fotografía

ciudad estado país

Contacto
celular / Whatsapp correo electrónico

Redes sociales

DATOS IGLESIA

Congregación a la que asiste Nombre del pastor o director
nombre de la congregación nombre

Dirección de la congregación
calle colonia estado ciudad

¿Asiste Regularmente? SI NO ¿Es usted miembro de la congregación? SI NO ¿Ha recibido a Cristo como su salvador personal? SI NO ¿En qué fecha?
día mes año

¿Ha recibido el bautismo del Espíritu Santo de acuerdo a Hechos 2:4? SI NO ¿Ha recibido el bautismo en agua por inmersión? SI NO ¿Ha estudiado previamente en un instituto bíblico SI NO

¿Toca algún instrumento musical? SI NO ¿Cuál o cuales?

¿Ha participado en misiones? SI NO ¿Dónde y cuándo?

¿En qué ministerios ha participado?

DATOS FAMILIARES

(En caso de ser soltero, favor de llenar esta sección.)

Nombre del padre o tutor ¿Vive? SI NO
nombre(s) apellido paterno apellido materno

Domicilio
calle y número ciudad estado

Ocupación

Contacto
celular / Whatsapp correo electrónico

Nombre de la madre ¿Vive? SI NO
nombre(s) apellido paterno apellido materno

Domicilio
calle y número ciudad estado

Ocupación

Contacto
celular / Whatsapp correo electrónico

HISTORIAL CLÍNICO

¿Has usado alguna vez drogas ilegales? SI NO

En caso de responder que si, cite la fecha del último consumo y explique:

¿Has tenido actividad sexual de cualquier tipo fuera del matrimonio? SI NO ¿Cuándo fué la última vez?

¿Has estado involucrado en homosexualismo o lesbianismo? SI NO ¿Cuándo fué la última vez?

¿Has fumado recientemente? SI NO ¿Cuándo fué la última vez?

¿Has ingerido bebidas alcohólicas recientemente? SI NO ¿Cuándo fué la última vez?

HISTORIAL PSICOLÓGICO

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

¿Has interrumpido tus estudios, empleo o actividades durante algún período de tiempo por causa de una alteración física o psicológica (ansiedad, depresión, estrés, etc)? SI NO

Si es así, explica la causa:

PROPÓSITO PERSONAL

Explique porque desea asistir a Instituto Epicentro, y qué desea obtener durante su tiempo aquí.

DATO MINISTERIAL

¿Sirves actualmente en un ministerio? SI NO ¿Cuál? _____

Nombre de tu líder de ministerio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DATOS ESCOLARES

| | | | | |
|--------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Secundaria | _____ | ¿Se graduó? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | nombre de la escuela período cursado | | | |
| Preparatoria | _____ | ¿Se graduó? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | nombre de la escuela período cursado | | | |
| Universidad | _____ | ¿Se graduó? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | nombre de la escuela período cursado | | | |
| Otro | _____ | ¿Se graduó? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | nombre de la escuela período cursado | | | |

DATOS LABORALES

nombre de la empresa teléfono periodo de trabajo actividades/puesto

DATOS FINANCIEROS

¿Cómo planea financiar sus estudios? (Congregación, familia, amigos, personalmente)

| | | | |
|-------|---|-------|-------|
| _____ | % | _____ | % |
| _____ | % | TOTAL | 100 % |

RESPONSABLE DE APOYO ECONÓMICO

**Esta parte debe ser llenada por la persona responsable del financiamiento de los estudios del solicitante.*

De acuerdo a lo anterior, me comprometo a cubrir los gastos de financiamiento durante los estudios de _____ en el **INSTITUTO EPICENTRO** para lo cual acepto todas las condiciones de pago del mismo Instituto.

Fecha _____ Lugar _____ Relación con el solicitante _____
día mes año ciudad

Nombre de responsable _____
nombre(s) apellido paterno apellido materno

Domicilio _____
calle y número ciudad estado

Teléfono _____ E-mail _____
clave número correo electrónico

Firma del responsable

Hago constar que la información prevista a **INSTITUTO EPICENTRO** es verdadera.

Firma del alumno: