



DATOS PERSONALES

Nombre	<input type="text"/>			
	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno	
	<input type="text"/>			
	fecha de nacimiento	edad	lugar de nacimiento	
Nacionalidad	<input type="text"/>	Estado civil	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Domicilio	<input type="text"/>			
	calle y número		colonia	
	<input type="text"/>			
	ciudad	estado	país	
Contacto	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	celular / Whatsapp		correo electrónico	
Redes sociales		<input type="text"/>		<input type="text"/>

DATOS IGLESIA

Congregación a la que asiste	<input type="text"/>		Nombre del pastor o director	<input type="text"/>	
	nombre de la congregación			nombre	
Dirección de la congregación	<input type="text"/>				
	calle	colonia	estado	ciudad	
¿Asiste Regularmente?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Es usted miembro de la congregación?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Ha recibido a Cristo como su salvador personal?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
				¿En qué fecha?	<input type="text"/>
				día	mes año
¿Ha recibido el bautismo del Espíritu Santo de acuerdo a Hechos 2:4?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Ha recibido el bautismo en agua por inmersión?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Ha estudiado previamente en un instituto bíblico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Toca algún instrumento musical?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Cuál o cuáles?	<input type="text"/>		
¿Ha participado en misiones?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Dónde y cuándo?	<input type="text"/>		
¿En qué ministerios ha participado?	<input type="text"/>				

DATOS FAMILIARES

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

Nombre del padre o tutor	<input type="text"/>			¿Vive?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno		
Domicilio	<input type="text"/>				
	calle y número		ciudad	estado	
Ocupación	<input type="text"/>				
Contacto	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	celular / Whatsapp		correo electrónico		
Nombre de la madre	<input type="text"/>			¿Vive?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno		
Domicilio	<input type="text"/>				
	calle y número		ciudad	estado	
Ocupación	<input type="text"/>				
Contacto	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	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? ☐ SI ☐ NO
nombre de la escuela período cursadoPreparatoria ¿Se graduó? ☐ SI ☐ NO
nombre de la escuela período cursadoUniversidad ¿Se graduó? ☐ SI ☐ NO
nombre de la escuela período cursadoOtro ¿Se graduó? ☐ SI ☐ 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%		%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 ciudadNombre de responsable
nombre(s) apellido paterno apellido maternoDomicilio
calle y número ciudad estadoTeléfono E-mail
clave número correo electrónico Firma del responsableHago constar que la información prevista a **INSTITUTO EPICENTRO** es verdadera.

Firma del alumno: