

DATOS PERSONALES

Nombre	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno	
fecha de nacimiento	edad	lugar de nacimiento		
Nacionalidad	Estado civil	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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 de la congregación	Nombre del pastor o director	nombre						
Dirección de la congregación	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?	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?							
¿Ha participado en misiones?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno	¿Vive?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Domicilio	calle y número	ciudad	estado			
Ocupación						
Contacto	celular / Whatsapp	correo electrónico				
Nombre de la madre	nombre(s)	apellido paterno	apellido materno	¿Vive?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
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 ¿Cuando fué la última vez?

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

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

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

HISTORIAL PSICOLÓGICO

Por favor describa su condición 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:

PROPOSITO 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	<input type="text"/> nombre de la escuela	<input type="text"/> período cursado	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Preparatoria	<input type="text"/> nombre de la escuela	<input type="text"/> período cursado	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Universidad	<input type="text"/> nombre de la escuela	<input type="text"/> período cursado	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otro	<input type="text"/> nombre de la escuela	<input type="text"/> período cursado	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DATOS LABORALES

<input type="text"/> nombre de la empresa	<input type="text"/> teléfono	<input type="text"/> periodo de trabajo	<input type="text"/> 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"/> 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	<input type="text"/> día	<input type="text"/> mes	<input type="text"/> año	Lugar	<input type="text"/> ciudad	Relación con el solicitante	<input type="text"/>
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------

Nombre de responsable	<input type="text"/> nombre(s)	<input type="text"/> apellido paterno	<input type="text"/> apellido materno
-----------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Domicilio	<input type="text"/> calle y número	<input type="text"/> ciudad	<input type="text"/> estado
-----------	-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Teléfono	<input type="text"/> clave	<input type="text"/> número	E-mail	<input type="text"/> correo electrónico	<input type="text"/> Firma del responsable
----------	----------------------------	-----------------------------	--------	---	--

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

Firma del alumno: