



Profesorado en Teología Práctica

Solicitud de Ingreso I Nivel EXTERNOS

Instrucciones:

1. Llene la solicitud usando letra de molde o máquina de escribir.
2. Adjunte una foto reciente tamaño cédula en el espacio asignado arriba.
3. Limite sus respuestas al espacio provisto.
4. Su solicitud no será aceptada si deja alguna pregunta sin contestar.
5. Si encuentra alguna pregunta que no tiene relación con usted, escriba “no aplica” en el espacio en blanco.

Requisitos de admisión:

- Edad mínima 17 años
- Haber completado el bachillerato (o el ciclo escolar de su país)
- Recomendación Pastoral
- Fotocopia de cédula de vecindad (para estudiantes Guatemaltecos)
- Certificación Médica
- 2 fotografías tamaño cédula
- Un mínimo de un año de servicio comprometido en su iglesia local
- 2 cartas de recomendación

Estudiantes Extranjeros

- Pasaporte vigente autenticado en la embajada de Guatemala en su País
- Antecedentes penales y Policíacos

¿Cómo se enteró de nuestro Instituto Bíblico?

Radio ___ Cuál _____ Periódico ___ Cuál _____ Volantes ___ Afiches ___ Carta
Noticia ___ Promoción verbal ___ Personal I.B. ___ Amigos ___ Página Web ___ Otro ___

**SECCION 1:
INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre Completo: _____
Dirección: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
País: _____ Código Postal: _____
Telf.: Casa _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Fax: _____
E-mail _____ Otro _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: M ___ F ___ Cédula No. _____ Extendida en: _____
Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado ___ Unido ___ Otro _____
Está usted en capacidad económica para sostener sus estudios en el Instituto Bíblico Si ___ No ___
si es no explique _____

SOLO PARA EXTRANJEROS (otra nacionalidad)

Pasaporte No. _____ Fecha vencimiento: ___/___/___ Expedido en: _____
Tiene Visa: Si ___ No ___ Fecha vencimiento: ___/___/___ Días de permanencia _____
Cédula de residencia No. _____ Vence: ___/___/___
Adjunte fotocopia de su pasaporte y cédula de residente.

**SECCION 2:
INFORMACIÓN FAMILIAR**

Si usted es casado; ¿está de acuerdo con su cónyuge para asistir al Instituto Bíblico? Si ___ No ___
¿Asistirá su cónyuge al Instituto Bíblico? Si ___ No ___

Nombre del Padre: _____ Edad: _____
Cuanto tiempo tiene de ser cristiano: _____
Dirección: _____
Tel.: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____ E-mail _____
Profesión u oficio: _____

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____
Cuanto tiempo tiene de ser cristiana: _____
Dirección: _____
Tel.: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____ E-mail _____
Profesión u oficio: _____
Sus Padres están: Casados _____ Unidos _____ Separados _____ Divorciados _____
La relación con sus Padres es: Excelente ___ Muy Bueno ___ Bueno ___ Regular ___ Mala ___

Nombre de su Esposa(o): _____ Edad: _____
Cuanto tiempo tiene de ser cristiana(o): _____
Profesión u oficio: _____

SECCION 3:

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha padecido usted de alguna enfermedad crónica? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
¿En la actualidad padece de alguna enfermedad? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
¿Está bajo tratamiento médico? Si ___ No ___ ¿Qué medicamento toma? _____
¿Cuál es su tipo de sangre? _____
¿Es usted alérgico a algún antibiótico o medicina? Si ___ No ___ ¿Cuales? _____
¿Ha tenido alguna vez ataque nervioso? Si ___ No ___ ¿Cuándo? _____
¿Ha estado en tratamiento por desorden emocional? Si ___ No ___ ¿Cuándo? _____
¿Tiene alguna limitación física especial? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
¿Usted puede cubrir sus gastos médicos? Si ___ No ___
¿Su estado físico es adecuado para un régimen intensivo de estudios y tareas? Si ___ No ___
Su estatura es de: _____ Su peso es de: _____

SECCION 4:

INFORMACIÓN ESPÍRITUAL

Ha aceptado a Jesucristo como su Señor y Salvador personal? Si ___ No ___ ¿Cuándo? _____
¿Cuánto tiempo tiene de caminar fielmente en comunión con Dios? _____
Nombre de su Iglesia y Denominación: _____
Dirección: _____
Nombre de su Pastor: _____ Tel.: _____ Fax: _____
E-mail: _____

¿Ha sido usted bautizado en el Espíritu Santo con la evidencia de hablar en otras lenguas?
Si ___ No ___ Cuándo: _____

Desde que usted nació de nuevo ha estado involucrado en lo siguiente: (si es si hace cuanto tiempo)

1. ___ Alcohol ___ años ___ meses
2. ___ Drogas ___ años ___ meses
3. ___ Robo ___ años ___ meses
4. ___ Pornografía ___ años ___ meses
5. ___ Maras ___ años ___ meses
6. ___ Deudas sin cancelar ___ años ___ meses
7. ___ Desorden al comer ___ años ___ meses
8. ___ Homosexualismo ___ años ___ meses
9. ___ Promiscuidad Sexual ___ años ___ meses

Siente usted un llamado de servir en el ministerio a tiempo: Completo ___ Parcial ___

¿A qué área del ministerio se siente llamado? Ministerio de Ayudas ___ Evangelismo ___ Pastor
___ Maestro ___ Misionero ___ Músico ___ Profeta ___ Otro _____

Mencione las áreas de servicio cristiano en el que haya estado involucrado y mencione por cuanto tiempo:

Ha asistido antes a un Instituto Bíblico: Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
Diploma o grado obtenido: _____

CURRÍCULO VITAE

Nombre: _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Primaria 1°. ___ 2°. ___ 3°. ___ 4°. ___ 5°. ___ 6°. ___

Básico 1°. ___ 2°. ___ 3°. ___ Diversificado 4°. ___ 5°. ___ 6°. ___

Carrera o Título obtenido: _____

Nivel Universitario: _____ Carrera _____

Semestres aprobados _____ Título Obtenido _____

Otros estudios / cursos:

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Empresa _____

Dirección _____

Cual es el cargo que usted desempeña _____

Nombre de su Jefe _____ Tel.: _____ Cel. _____

EXPERIENCIA LABORAL (tomando los últimos diez años, iniciando con el más reciente)

Empresa _____ Tel.: _____ Tiempo laborado _____

Nombre de jefe inmediato _____ Cargo obtenido _____

Razón por la que ya no siguió trabajando _____

Empresa _____ Tel.: _____ Tiempo laborado _____

Nombre de jefe inmediato _____ Cargo obtenido _____

Razón por la que ya no siguió trabajando _____

Empresa _____ Tel.: _____ Tiempo laborado _____

Nombre de jefe inmediato _____ Cargo obtenido _____

Razón por la que ya no siguió trabajando _____

REFERENCIAS (escriba el nombre de 3 personas que le conozcan por un mínimo de 2 años y que le recomienden)

Nombre _____ Ocupación _____

Dirección _____ Tel.: _____

Nombre _____ Ocupación _____

Dirección _____ Tel.: _____

Nombre _____ Ocupación _____

Dirección _____ Tel.: _____

RECOMENDACIÓN PASTORAL

Nombre del solicitante _____

Instrucciones:

Entregue el formulario directamente a su Pastor. Si el Pastor es su padre, por favor entréguelo al Co-Pastor o a un anciano de la Iglesia. Si el formulario fuese llenado por otra persona que no fuese el Pastor, deberá adjuntarle una explicación.

Compromiso:

Como solicitante del presente formulario de Recomendación Pastoral, entiendo que la información contenida en el mismo es confidencial, y que no será conmigo antes de ser enviada al Instituto Bíblico.

Fecha: _____

Firma: _____

HERMANO PASTOR

Cada solicitante debe adjuntar esta Recomendación Pastoral a su solicitud de Admisión para que esta solicitud sea válida. Toda la información que usted proporcione en ella será seriamente considerada para tomar una decisión. Por dicha razón, le pedimos que después de llenar este formulario No lo devuelva, ni comente su contenido al solicitante, sino que por favor, nos lo envíe directamente en un sobre sellado. Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Desde hace cuanto tiempo conoce al solicitante? _____
2. ¿Desde hace cuanto tiempo asiste el solicitante a su Iglesia? _____
3. ¿Cómo considera su relación con el solicitante? Muy íntima __ Íntima __ Casual __ Intermitente __
Distante __ Otro explique _____
4. ¿Qué puesto tiene el solicitante en su Iglesia? Anciano __ Ujier __ Maestro __ Músico __ Consejero __
Maestro de Esc. Dom. __ Otro explique: _____
5. En su opinión con respecto al solicitante ¿qué clase de carácter tiene? _____
6. ¿Cómo es su Relación con Cristo? _____
7. ¿Qué testimonio tiene en su Iglesia? _____
8. ¿Recomendaría usted al solicitante como alguien con cualidades necesarias para realizar con éxito sus estudios en el Instituto Bíblico Enseñanza de Agua Viva? Si ____ No ____
9. Califique al solicitante en las siguientes áreas:

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Malo
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inter.-Relaciones Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madurez Espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buenas Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumisión a la Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cree usted en el solicitante como para apoyarle financieramente? Si ___ No ___

Mensual Quincenal Ofrenda única Q. _____ \$. _____

Nombre del Pastor que llenó este formulario _____

Iglesia y denominación _____

Dirección de Iglesia _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail _____

Firma del Pastor _____

RECOMENDACIÓN PERSONAL

Nombre del solicitante _____

Autorizo a la persona que aparece en la parte inferior de este formulario a llenar esta recomendación y devolverla al Instituto Bíblico Enseñanza de Agua Viva. Entiendo que este formulario es confidencial y que no se me permitirá revisarlo una vez completado. Hago exenta a esta persona y al Instituto Bíblico de todo tipo de reclamos, responsabilidad y daños que pudieran surgir por información consistente proporcionada con mi autorización.

Firma _____ Fecha: _____

Sección para ser completada por un amigo

Nombre: _____

Dirección: _____

Tel: Casa _____ Trabajo _____ Cel. _____ E-mail _____

1. ¿Desde cuándo conoce usted al solicitante? _____
2. ¿Qué tanto conoce usted al solicitante? Muy bien__ Bien __ Muy casual __
3. ¿Cree usted que el solicitante tiene una relación personal con Jesucristo? Sí ___ No ___
4. ¿Cree usted que el solicitante posee las cualidades necesarias para realizar con éxito sus estudios en el IBEAV? Sí ___ No ___

Evalúe al solicitante en las siguientes áreas

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Malo
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inter.-Relaciones Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madurez Espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buenas Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumisión a la Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

¿Existe alguna razón por la que el solicitante no debería ser admitido en el IBEAV?

Con base en la información anterior, yo _____
 recomiendo firmemente__ Recomendando__ No recomiendo__ al solicitante para esta admisión.

Firma _____ Fecha: _____

RECOMENDACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del solicitante _____

Autorizo a la persona que aparece en la parte inferior de este formulario a llenar esta recomendación y devolverla al Instituto Bíblico Enseñanza de Agua Viva. Entiendo que este formulario es confidencial y que no se me permitirá revisarlo una vez completado. Hago exenta a esta persona y al Instituto Bíblico de todo tipo de reclamos, responsabilidad y daños que pudieran surgir por información consistente proporcionada con mi autorización.

Firma _____

Fecha: _____

Sección para ser completada por sus Padres

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Por este medio nosotros como Padres de familia de mi hijo (a) _____
Estamos en total acuerdo que nuestro hijo (a) estudie en el IBEAV por un periodo de 2 años. Quienes nos comprometemos a que nuestro hijo (a) pueda cumplir las reglas que sean asignadas.

¿Cree usted que su hijo (a) tiene una relación personal con Jesucristo? Si ___ No ___

¿Cree usted que su hijo posee las cualidades necesarias para realizar con éxito sus estudios en el IBEAV? Sí ___ No ___

Evalúe al solicitante en las siguientes áreas

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Malo
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inter.-Relaciones Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madurez Espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buenas Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumisión a la Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con sus Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

¿Existe alguna razón por la que nuestro hijo (a) no debería ser admitido en el IBEAV?

Con base en la información anterior, nosotros _____ Padre,
y _____ Madre
recomendamos Firmemente__ Recomiendo__ No recomiendo__ al solicitante para esta admisión.

Firma _____ Firma _____ Fecha: _____
Padre Madre