



# Profesorado en Teología Práctica

## Solicitud de Ingreso I Nivel INTERNOS

### 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 ACADEMICA

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 y estar interno por un compromiso y 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