

APLICACIÓN

Salvos para Servir y Transformar SST



Índice

• Portada de la aplicación	
• Aplicación	
• Información personal e informacion de tu iglesia	2
• Educación y Situacion financiera	3
• Historial médica	4
• Preguntas personales	5
• Autoevaluación	6
• Referencia médica.	7
• Referencias (has dos copias)	8-10

Pasos para llenar esta aplicación

1. Completa los formularios, respondiendo a todas las preguntas. En una hoja aparte contesta las preguntas de la página 5. En un solo sobre traer lo siguiente a nuestra dirección física o puede escanearlo y enviárnoslas a nuestro correo electrónico.
 - ✓ Páginas del 2 al 7.
 - ✓ Respuestas de las preguntas de la página 5
 - ✓ Fotografía tamaño pasaporte o cedula
2. Haz 2 copias de la aplicación de referencia.
 - ✓ Un para tu pastor.
 - ✓ Una para alguien a quien rindes o has rendido cuentas (ejemplo: un familiar adulto, padres, tutor)

Píde a estas personas que completen la referencia, que la impriman y que la envíen a nuestra dirección que aparece abajo. O puede escanearla y enviárnosla a nuestra dirección de correo electrónico.

JUCUM San Miguel Chicaj y la SST mantiene y trata de manera confidencial toda la información en tu aplicación y referencias

DIRECCIÓN:

JUCUM San Miguel Chicaj
Frente a la Iglesia del Nazareno Central, Cantón La Cruz,
San Miguel Chicaj, B. V. Guatemala, C. A.
TEL.: +502-7925-4038
Correo Electrónico: ssat@ywamsanmiguelchicaj.org

Aplicación SST

Juventud Con Una Misión San Miguel Chicaj, B. V. Guatemala

Información Personal

Apellidos: _____

Nombres: _____

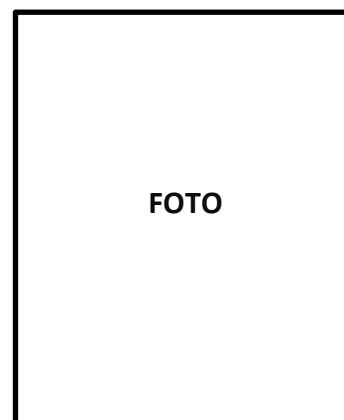
Dirección completa: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Género: Masculino Femenino

Ocupación actual: _____



Fecha de nacimiento:

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 País de nacimiento: _____

Ciudadanía: _____

Número de Cédula: _____

Numero de pasaporte: _____

Tramitado en: _____

Fecha de expiración: _____

En caso de emergencia contactar a:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Parentesco: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Móvil) _____

Información de tu Iglesia

Nombre de tu iglesia: _____

Nombre del pastor: _____

Denominación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Por cuánto tiempo has asistido a la iglesia? _____

¿Qué opina tu pastor de tu deseo de participar en la SST? _____

Educación

De la siguiente lista, marca lo que has completado anotando el lugar o el título obtenido

Nivel de grado	Año	Lugar donde estudiaste o Título obtenido
Primaria		
Basico		
Diversificado		
Universidad u otro curso		

Aparte del español ¿Qué otros idiomas hablas?

¿Con que fluidez?

Marca tus habilidades y talentos

Música		Mecánica		Administración		Electricidad	
Teatro		Cocina		Secretarial		Deportes	
Consejería		Contabilidad		Construcción		Arte	
Enfermería		Enseñanza		Mantenimiento		Limpieza	
Jardinería		Traducción		Carpintería		Computación	

Otros talentos o habilidades: _____

Situación financiera

¿Tienes todas las finanzas requeridas para la escuela?

SI___ NO___.

Si no tienes todas la finanzas ¿Cuánto tienes hasta este momento? _____

¿Qué plan tienes para obtener el resto? _____

¿Tienes un grupo de personas que te apoyarán financieramente durante la escuela? _____

¿Algo mas que crea que debemos saber? _____

Historia Médica

Por favor indicar si ha tenido o tiene algo de lo siguiente:

SI	No	SI	No	SI	No			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas vesiculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coyunturas dislocadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos rotos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño a la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres severos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo

Comente sobre las preguntas que ha contestado "si" o cualquier otra enfermedad. _____

¿Está bajo cuidado médico? SI NO (Si es si, explique) _____

¿Estas tomando medicamentos? SI NO (Si es si, explique) _____

¿Tiene usted alergia algunos medicamentos? SI NO (Si es si, explique) _____

¿He tenido evaluación psiquiátrica? SI NO (Si es si, explique) _____

¿Tiene seguro médico en Centro América? SI NO (Si es si, explique) _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:

Estoy de acuerdo de cualquier tratamiento médico necesario para salud donde deba intervenirse Cirugía, Psicología, o lo que en la opinión del médico sea necesario.

Firma del solicitante

Fecha

Preguntas personales.

¿Alguna vez has aplicado para participar en algún programa de JUCUM? _____

En una hoja(a) aparte, contesta honestamente y detalladamente las siguientes preguntas. Si lo haces a mano procura escribir legiblemente.

1. Cuéntanos acerca de tu conversión. (¿Cómo fue que llegaste a ser cristiano?)
2. Desde que te convertiste al cristianismo, ¿estas o has tenido luchas para vencer hábitos o estilos de vida destructivos? Por ejemplo: fornicación, ocultismo, drogas/alcohol, coqueteo con el sexo opuesto, homosexualismo, pornografía, bulimia/anorexia, problemas mentales/emocionales, prejuicios, etc. Si tu respuesta es positiva, por favor explica con detalle. (Tu honestidad no te descalifica necesariamente de participar en la SST).
3. ¿Has sido arrestado/a por cualquier razón?
4. ¿Cuál es tu involucramiento actual en la iglesia a la que asiste?
5. ¿Qué experiencias tienes trabajando con niños/jóvenes?
6. ¿Qué experiencias has tenido trabajando en tu iglesia?
7. ¿Por qué quieres asistir a esta escuela? ¿Por qué elegiste San Miguel Chicaj, B. V. Guatemala?
8. ¿Cuáles son tus planes al finalizar la SST? Por ejemplo: continuar estudios, buscar trabajo, involucrarme en misiones, etc.
9. Comente cualquier información que creas que debemos saber acerca de ti o de tu situación.

Autoevaluación

Evalúate de acuerdo a tu propio juicio y utilizando el siguiente código.

E= Excelente, **B**= Bueno, **P**=Promedio, **N**= Necesito mejorar.

Adaptabilidad		Amistad		Puntualidad		Condición Física	
Hábito de lectura		Servicio		Presentación			
Hablar en público		Evangelismo		Respeto a la autoridad			

CERTIFICO QUE HE COMPLETADO CON VERACIDAD ESTA APLICACIÓN.
 SI SOY ACEPTADO POR JUCUM PARA PARTICIPAR EN LA SST, ME DISPONGO
 A OBEDECER LAS DIRECTRICES Y HORARIOS ESTABLECIDO POR LA
 ESCUELA.

Fecha

Nombre

Firma

REFERENCIA MÉDICA

Salvos para Servir y Transformar SST

_____, ha solicitado participar en uno de los programas de entrenamiento de *Juventud Con Una Misión, San Miguel Chicaj, B. V. Guatemala*, el cual tiene un horario y actividades intensas. Requerimos que nuestros estudiantes gocen de buena salud. Agradecemos su evaluación general y comentarios en los siguientes puntos.

Presión sanguínea	Tipo de sangre
Pulso	
Visión (usa lentes)	
Respiratorio	
Cardiovascular	
Músculos/Esqueleto	
Neurológica	

¿Cuánto tiempo tiene de conocer al paciente?

¿Sufre de alguna enfermedad contagiosa? ¿Está bajo tratamiento?

¿Sufre de alguna enfermedad o condición que requiere supervisión médica? ¿Cuál?
 ¿Está bajo tratamiento?

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? ¿Por qué razón?

¿Está en capacidad de caminar ligero de 3-5 kilómetros diarios?

¿Sobre peso o bajo peso?

¿Cómo calificaría su condición física? ____ Excelente ____ Buena ____ Pobre

Información general/comentarios: (Por ejemplo: alergias, dieta especial)

 Fecha

 Nombre y sello

Correo electrónico: _____



REFERENCIA CONFIDENCIAL

Salvos para Servir y Transformar SST

Nombre del aplicante: _____

El aplicante arriba nombrado, ha solicitado participar en un programa de entrenamiento misionero de 21 días. **Salvos para Servir y Transformar**, ofrecido por *Juventud con Una Misión, San Miguel Chicaj, B. V. Guatemala*. Estamos dándole muy seria consideración a sus comentarios. Por favor responda cuidadosamente y conscientemente a este formulario. Siéntese en libertad de añadir cualquier comentario. **Todas las evaluaciones son confidenciales a sus respuestas NO serán reveladas al aplicante.** Una vez completada esta referencia, envíela a la dirección postal que se indica al final. Gracias.

1. Relación con el aplicante.

Pastor: _____ Líder juvenil: _____ Jefe/Supervisor: _____ Maestro: _____
Familiar: _____ Otro (Especifique): _____

2. ¿Por cuánto tiempo ha conocido al aplicante?: _____

3. ¿En qué grado lo conoce? _____ Muy bien _____ Bien _____ Poco

4. Favor de marcar con una (X) su evaluación de cada área, haga comentarios si es necesario.

		Fuerte	Maduro	Promedio	En desarrollo	Débil
A	Liderazgo					
B	Carácter cristiano					
C	Espíritu positivo					
D	Habilidad de motivar a otros					
E	Habilidad de recibir corrección					
F	Auto-confianza					
G	Dispuesto a servir					
H	Estabilidad emocional					
I	Habilidad de comunicar					
J	Habilidad intelectual					
K	Responsable financieramente					
L	Madurez					
M	Integridad					
N	Enseñable					
O	Confiable					
P	Seguridad del llamado					

5. ¿Cuál de las siguientes palabras describe de mejor forma al aplicante en cuanto a su experiencia cristiana?

___ Maduro ___ Genuino y Creciendo ___ Muy emocional ___ Superficial

6. Con referencia a su servicio cristiano el aplicante es:

___ Dedicado ___ Promedio ___ Pasivo

7. ¿Normalmente qué papel juega el aplicante en trabajo de equipo?

8. Evalué el trabajo del aplicante:

___ Superior ___ Promedio ___ Pobre

9. Habilidades o dones que haya notado:

10. Abajo hay una lista de tendencias que puede reducir el éxito de un trabajador cristiano; favor de indicar si alguna de éstas aplica a esta persona.

Impaciente		Mal humor	
Intolerante		Introvertido	
Argumentativo		Prejuicioso	
Dominante		Chismoso	
Arrogante		Causa fricción (pleitos)	
Critica		Infatuó (coqueto)	
Penoso		Impulsivo	
Fácil de ofender		Mal humor	
Desanimado con frecuencia		Mentiroso / Dishonesto	
Preocupado con frecuencia		Perezoso	
Nervioso		Pasivo	

11. Hasta donde usted sabe. ¿Ha sido el aplicante arrestado por cualquier ofensa?

12. Hasta donde usted sabe, ¿ha estado el aplicante involucrado en fornicación/adulterio, abuso de drogas, alcohol, homosexualismo, ocultismo o una secta?

13. ¿Es el aplicante responsable con las finanzas?

14. ¿Recomienda usted al aplicante para esta escuela? Sí ___ No ___ Por favor comente.

15. En su opinión ¿Por qué cree que el aplicante desea participar en este programa de entrenamiento?

16. ¿Hay algo más que crea que debemos saber?

Nombre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Firma: _____

17. **(Solo pastores)** ¿Cuenta el aplicante con el apoyo espiritual y financiero de su congregación?

18. **(Solo pastores)** ¿Qué opina del deseo del aplicante de participar en la SST?

No devuelva esta referencia al aplicante. Por favor envíela directamente a la siguiente dirección de correo postal o escaneelo y lo envía a nuestro correo electrónico que aparece abajo.

JUCUM San Miguel Chicaj
Frente a la Iglesia del Nazareno Central,
Cantón La Cruz, San Miguel Chicaj, B. V.
Guatemala, C. A.
TEL.: +502-7925-4038
Correo Electrónico: sss@ywamsanmiguelchicaj.org

Gracias por tomar el tiempo para llenar esta referencia. Si desea más información acerca de Juventud Con Una Misión contáctenos a nuestro correo electrónico o a través de nuestra dirección física

Le invitamos a visitar nuestro sitio de internet:

www.ywamsanmiguelchicaj.org