



11. ESTUDIOS REALIZADOS:  PRIMARIA  SECUNDARIA  PREPARATORIA  
 PROFESIONAL (especifique) \_\_\_\_\_

12. ESCRIBA EL NOMBRE DE ALGUNAS PERSONAS QUE ESTÁN O ESTUVIERON EN **CMS** QUE USTED CONOCE:  
\_\_\_\_\_

**SIRVASE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN FORMA PRECISA Y HONESTA EN EL ESPACIO SEÑALADO**

13. ¿Cuándo aceptó completamente a Cristo como su Salvador personal y rindió su vida completamente a Él?  
\_\_\_\_\_
14. Explique en sus propias palabras lo que Jesús significa para usted:  
\_\_\_\_\_
15. Relate en pocas palabras como considera su vida pasada:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Que le motivó a aplicar como alumno de **CMS** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. ¿Qué papel desempeña la Biblia en su vida? ¿Qué significan las escrituras para usted y cómo las usa?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. ¿Qué entiende usted por la conversión? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. ¿Su experiencia de conversión cambió su estilo de vida diaria? (Dieta, música, vestimenta, maquillaje, relaciones sociales, recreación, educación)  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. ¿Qué libros del Espiritu de Profecía ha leído completamente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. ¿En qué actividades evangelísticas disfruta participar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. ¿En qué cargos de iglesia ha servido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. ¿Qué espera obtener de su tiempo y experiencia en **CMS**? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. ¿Cuáles son sus metas a largo plazo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS QUE USTED DEBE SABER ACERCA DE LA INSTITUCION**

**Dieta:** estrictamente vegetariana.

**Relaciones sociales:** para ayudar a los estudiantes a evitar distracciones no se permite ninguna familiaridad entre ambos sexos durante la preparación educacional y durante la formación de metas personales, no se permite el galanteo o noviazgo.

**Vestimenta:** dentro del plantel se excluyen: pantalón corto, camisetas con inscripciones o diseños impropios. Pantalones para las señoritas, ropa tallada, escotes, ropa con aberturas pronunciadas.

**Reembolsos:** si por alguna razón personal debe retirarse de la institución y suspender su preparación o si la dirección del plantel le pide que se retire del mismo, no hay reembolso de dinero.

**Tipo de Enseñanza:** Intensiva de 12 meses en el plantel (internado); **80% práctica**, 20% teórica

**Nota:** considere que estos principios son adoptados con el fin de hacer posible en cada alumno la preparación necesaria para su ministerio.

25. Después de haber leído detenidamente el párrafo anterior; ¿Está de acuerdo con la preparación ofrecida por el **CMS** en el seminario para Misioneros de Salud de Sostén Propio?  Si  No
26. Teniendo en cuenta que usted puede incorporarse al programa de estudio  
En qué fecha planea venir? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
27. ¿Entiende usted que hay un costo por enseñanza, hospedaje y comida?
28. ¿En qué plan piensa financiar el costo de dicho curso?

"El que ha ordenado a sus siervos ir por todas partes del mundo, sostendrá a todo obrero que en obediencia a su mandato procure proclamar su mensaje" Hecho de los Apóstoles pág. 287,288

"No hay ramo de ocupación lícita para la cual no provea la Biblia una preparación esencial. Sus principios de diligencia, honradez, economía, temperancia y pureza, son el secreto del verdadero éxito." La Educación, pág. 131

"Más bien, buscad primeramente el reino de Dios y su justicia, y todas estas cosas os serán añadidas." Mt 6:33

29.

SECCIÓN DE SALUD.

A. ¿Alguna vez ha participado de algo de lo siguiente?

	ANTES	AHORA	NO DESDE		ANTES	AHORA	NO DESDE
- Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	- Bebidas suaves con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	- Refrescos de cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Té	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	- Droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

B. Actividades recreacionales usuales: \_\_\_\_\_

C. Mirar televisión  Si; Horas por semana \_\_\_\_\_  No

D. ¿Hace ejercicio? ¿Clase y frecuencia? \_\_\_\_\_

E. ¿Toma usted alguna medicina o suplemento?  Si  No

MEDICAMENTO	DOSIS	DURACIÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

F. Historial clínico ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? (señale)

SI	NO	AÑO		SI	NO	AÑO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rubiola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Catarros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Varicela-Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Vena varicosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tromboflebitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sinusitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfisema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de columna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pleuresia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Infección vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tendencia al sangrado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sangrado nasal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cálculo renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlcera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gonorrea-Sifilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Síndrome de fatiga Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Defectos de nacimiento: _____





## Centro Misionero de Salud

Km. 61.5 Carretera, Linares - Galeana

Galeana, N.L. México.

Tel/Fax: (826) 213-09-11

e-mail: admision@cmsmex.com

FECHA: \_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_; habiéndome hecho del conocimiento de las Normas y Reglamentos del Centro Misionero de Salud, y reconociendo que éstos son para mi beneficio personal y colectivo de la Institución:

### DECLARO:

Por medio de esta constancia, la cual firmo al calce, que estoy de acuerdo y en plena conformidad con cada una de las cláusulas aquí establecidas. Comprometiéndome a respetarlas y con mi ejemplo, colaborar a que los demás también las guarden.

De igual manera yo: \_\_\_\_\_ NO RESPONSABILIZO en ninguna manera a el Centro Misionero de Salud ni a sus dirigentes por cualquier accidente, enfermedad o daño en el cual me vea afectado mientras este involucrado en las actividades dentro y fuera de la Institución.

YO con mente clara, COMPRENDO y estoy de ACUERDO que no demandaré ni haré ninguna otra litigación al Centro Misionero de Salud A.C., ni mi conyugue, ni mi hija, ni mi hijo, ni padre, ni madre, ni otros familiares, amigos o médicos en caso de enfermedad, accidente o muerte.

Estoy de acuerdo al asumir mi completa responsabilidad por mi salud y persona física mientras que esté en la Institución.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_ FECHA SUGERIDA DE PARTIDA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ PAIS: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ TEL/FAX: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR DE NOTIFICAR A: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TEL/FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

-----  
FIRMA DEL INTERESADO

-----  
TESTIGO(S)



CENTRO  
MISIONERO DE  
SALUD

DATOS PASTORALES

Su nombre \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Cargo \_\_\_\_\_  
 Distrito \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 Código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_  
 Tel/fax \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Apreciado Pastor:

El Hermano mencionado arriba ha aplicado para ser admitido en el Centro Misionero de Salud (CMS) y queremos amablemente pedirle una referencia honesta y sincera en su evaluación. Esta información se mantendrá en estricta confidencia. Si Ud. considera no conocer bien o a fondo al hermano referido, por favor permita que el primer anciano llene ésta información; y hacerla llegar directamente a CMS, lo más pronto posible ya que debe ser estudiada junto con la solicitud de admisión.

De antemano muchas gracias por su ayuda y es nuestra mas sincera oración que el Señor lo continúe bendiciendo a usted y su familia en este sagrado cometido.

- ¿Por cuánto tiempo conoce al aplicante? \_\_\_\_\_ ¿en que condición? \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles considera que son las capacidades o valores más marcados en el hermano(a) \_\_\_\_\_
- ¿Existe algún área en particular en la vida del hermano(a) donde pueda necesitar consejo especial o ayuda? \_\_\_\_\_
- COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- A continuación se presenta una lista de áreas de crecimiento, por favor marque el cuadro que mejor describa al hermano(a) en cada una de dichas áreas. Si considera que no puede ser honesto evaluando determinada característica, deje la línea en blanco.

**Ejemplo:**

Temperamento: sereno - agradable - apacible - malhumorado.

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**A. Temperamento:** *calmo - agradable - no provocable - no accesible - delicado - malhumorado - caprichoso.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**B. Espiritualidad:** *fuerte - estable - en crecimiento - inmaduro - movable - estancado.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**C. Actitud al servicio:** *Compasivo - sin egoísmo - con iniciativa - indiferente - egoísta.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**D. Laboriosidad:** *diligente - cabal - constante - perezoso - inconstante - necesita supervisión.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**E. Juicio:** *Profundo - cuidadoso - dócil - irreflexivo - impulsivo - obstinado - desconsiderado.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**F. Relación con la iglesia Adventista:** *entregado - leal - apoyador - crítico - separatista - distante.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**G. Relación con el consejo inspirado:** *informado - creyente - entregado - ignorante - escéptico.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**H. Aceptación de la Reforma Pro-salud:** *informado - practicante - mal informado - negligente.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**I. Honestidad:** *estricto - vacilante - dudoso.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**J. Intelecto:** *vigoroso - creativo - aprendiz - lento - desmotivado - conformista.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**K. Habilidades de liderazgo:** *ejemplar - tacto - cuidadoso - dominante - crítico.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**L. Estabilidad:** *sólido, positivo, seguro, dependiente, débil, perturbado(a).*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**M. Habilidad de trabajar con otros:** *trabajador de equipo, cuidadoso, considerado, solitario, crítico, obstinado.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**N. Actitud hacia la autoridad:** *defensor, dócil, obediente, rebelde, murmurador, resentido.*

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

**O. Considerando las responsabilidades de aquellos comprometidos en la obra misionera-médica, ¿que tan bien, piensa usted que éste hermano(a) lo hará como un trabajador o estudiante en CMS?**

- Excelente
  Bueno
  Regular
  Insatisfactorio

6. Para formar parte de CMS el hermano(a) es recomendado:

- sin reserva
  no, bajo las circunstancias presentes  
 con algunas reservas
  no, bajo ninguna circunstancia.

7. Yo, si estoy  no estoy  familiarizado con los principios y reglamentos que caracterizan la vida de CMS.