

Datos de Inventario Personal

Una forma estándar para recoger datos personales desarrollados por el **COMITÉ CONSULTIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA** de la Iglesia Metodista Unida.

Fecha: _____

SOLICITA

(marque uno)

- Certificación de Candidatura
- Tiempo probatorio como Diácono
- Ordenación como Diácono
- Tiempo probatorio como Presbítero/a
- Ordenación como Presbítero/a
- Licencia de Pastor/a Local
- Otro

POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE

_____ (Conferencia) _____ (Distrito) _____ (Iglesia Local)

INFORMACION PERSONAL

_____ (Nombre Completo) _____ (Correo Electrónico)

_____ (Domicilio) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal)

Teléfono: _____ (Casa) _____ (Oficina) _____ (Celular)

_____ (Ciudad de Nacimiento) _____ (Estado de Nacimiento) _____ (País de Nacimiento)

¿Ha inmigrado de otro país? Sí No

_____ (Nombre del país) _____ (Fecha de su llegada a EE. UU.) _____ (Número de años que Ud. ha vivido en los EE. UU.)

DESCRIPCIÓN FÍSICA

Género Masculino Femenino (Prefiero no responder)

_____ (Fecha de Nacimiento) _____ (Edad) _____ (Estatura) _____ (Peso)

_____ (Origen Étnico/Raza)

FAMILIA DE ORIGEN

Progenitor A

(Nombre Completo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Ocupación)

(Si jubilado/fallecido, la ocupación previa)

(Si vive, su edad)

(Si ha fallecido, edad al morir)

(Año de fallecimiento)

Progenitor B

(Nombre Completo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Ocupación)

(Si jubilado/fallecido, la ocupación previa)

(Si vive, su edad)

(Si ha fallecido, edad al morir)

(Año de fallecimiento)

¿Cómo se relaciona el **Progenitor A** con el **Progenitor B**?

Casados Divorciados Viudo/a Vuelto a casar Separados Nunca casados

Evalué la relación de sus padres: Feliz Regular Desdichado

Hermanos y hermanas en orden de nacimiento

(Nombre Completo)

Género: Masculino Femenino (Prefiero no responder)

¿Viven? Sí No

(Edad)

(Ocupación)

(Estado Civil)

¿Evalué el matrimonio? Feliz Regular Desdichado

(Nombre Completo)

Género: Masculino Femenino (Prefiero no responder)

¿Viven? Sí No

(Edad)

(Ocupación)

(Estado Civil)

¿Evalué el matrimonio? Feliz Regular Desdichado

(Nombre Completo)

Género: Masculino Femenino (Prefiero no responder)

¿Viven? Sí No

(Edad)

(Ocupación)

(Estado Civil)

¿Evalué el matrimonio? Feliz Regular Desdichado

SU ESTADO CIVIL

Soltero/a Comprometido/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

(Si casado, nombre del esposo/a)

(Fecha de Matrimonio)

Si casado, evalúe su matrimonio: Feliz Regular Desdichado

Matrimonios anteriores

Fecha de Matrimonio	Fecha de Terminación del Matrimonio	¿Fue Terminado por quién?

DEPENDIENTES

Niños menores dependientes que viven con Ud.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Sustento de Menores (si los hay)

No viviendo en casa

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Sustento de Menores (si los hay)

SU EDUCACIÓN SECUNDARIA

Año en que se graduó de la escuela secundaria u obtuvo diploma de equivalencia: _____

Promedio de bachillerato:

- A+
 A
 A-
 B+
 B
 B-
 C+
 C
 C-
 D+
 D
 D-

SU EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA

Tipo de Escuela	Nombre de la Escuela y Dirección	Desde	Hasta	Tipo de Curso o Especialización	# de Créditos Recibidos	Grado Recibido o Esperado	Fecha de Grado

Pasatiempo, o que hace para relajarse: _____

LA EDUCACIÓN Y EMPLEO DE SU ESPOSO/A

Año en que se graduó de la escuela secundaria u obtuvo diploma de equivalencia: _____

Tipo de Escuela	Nombre de la Escuela y Dirección	Desde	Hasta	Tipo de Curso o Especialización	# de Créditos Recibidos	Grado Recibido o Esperado	Fecha de Grado

Su esposo/a esta empleado/a?
 Sí
 No
 _____ (Su posición)
 \$ _____ (Su sueldo)

APOYO DE SU ESPOSO/A AL MINISTERIO

Antecedentes religiosos de su esposo/a:

Participación actual de su esposo/a en la iglesia:

¿Cómo cree que su esposo/a se siente acerca de Ud. ser un ministro?

¿Qué considera Ud. ser la relación apropiada entre su matrimonio y su carrera potencial como ministro?

ANTECEDENTES RELIGIOSOS

(¿A qué iglesia asistió en su infancia?) _____

(Denominación) _____

(Ciudad) _____

(Estado) _____

¿Bautizado/a? Sí No

(Fecha de Bautismo) _____

¿Cuál iglesia Ud. considera es la influencia principal en su vida? _____

Sus Actividades en la Iglesia

Servicio Dominical: Regular Ocasional Nunca

¿Rol de Liderazgo?

Escuela Bíblica: Regular Ocasional Nunca

¿Rol de Liderazgo?

Servicio de Jóvenes: Regular Ocasional Nunca

¿Rol de Liderazgo?

Coro: Regular Ocasional Nunca

¿Rol de Liderazgo?

Campamentos de Verano: Regular Ocasional Nunca

¿Rol de Liderazgo?

¿Algún cambio en membresía? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Algún cambio reciente en su vida religiosa? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

SU INTERÉS EN LA CARRERA DEL MINISTERIO

¿Por qué está interesado en solicitar para la candidatura en la Iglesia Metodista Unida?

¿Qué experiencia(s) le llevó a buscar una carrera en el ministerio?

¿Quiénes son las personas que Ud. habló acerca de sus planes de carrera y en qué forma influenciaron su decisión?

Anote otras carreras que Ud. haya considerado y de qué forma le apelan en este momento.

_____	<input type="radio"/>	Sigo contemplando	<input type="radio"/>	Puedo utilizarlo en el ministerio	<input type="radio"/>	Descartada	<input type="radio"/>	Considéralo como un pasatiempo
(Otra Carrera)								
_____	<input type="radio"/>	Sigo contemplando	<input type="radio"/>	Puedo utilizarlo en el ministerio	<input type="radio"/>	Descartada	<input type="radio"/>	Considéralo como un pasatiempo
(Otra Carrera)								
_____	<input type="radio"/>	Sigo contemplando	<input type="radio"/>	Puedo utilizarlo en el ministerio	<input type="radio"/>	Descartada	<input type="radio"/>	Considéralo como un pasatiempo
(Otra Carrera)								

¿En qué tipo de ministerio se siente especialmente llamado/a? Marque cinco (5) de las siguientes áreas para indicar su vocación especial en el ministerio:

<input type="checkbox"/> Educación Cristiana	<input type="checkbox"/> Educador/a de Música	<input type="checkbox"/> Ministerio del Interior de la Ciudad	
<input type="checkbox"/> Ministerio de Jóvenes	<input type="checkbox"/> Consejero/a de Parroquia	<input type="checkbox"/> Ministerio Suburbano	
<input type="checkbox"/> Ministro/a del Campus	<input type="checkbox"/> Activista Social	<input type="checkbox"/> Gerente de Negocios	
<input type="checkbox"/> Director/a de Programa	<input type="checkbox"/> Capellán/a	<input type="checkbox"/> Pastor/a	<input type="checkbox"/> Ministerio Rural
<input type="checkbox"/> Evangelista de Misiones	<input type="checkbox"/> Ministerios de Salud	<input type="checkbox"/> Líder Institucional	<input type="checkbox"/> Líder Espiritual
<input type="checkbox"/> Otro			

Si otro, explique:

¿Cuáles son sus planes de educación para alcanzar su meta de una carrera en este tipo de ministerio?

INFORMACIÓN SOBRE SU VIDA PERSONAL

Describa brevemente su experiencia religiosa más importante(s) y hable sobre porqué fueron significativas para Ud.

Como Ud. se ve a sí mismo, enumere tres (3) de sus fortalezas más importantes o los rasgos sobresalientes y tres (3) de sus debilidades o áreas de crecimiento necesario (en orden 1-2-3).

(Fortalezas/Rasgos 1)

(Fortalezas/Rasgos 2)

(Fortalezas/Rasgos 3)

(Áreas de Debilidad/Crecimiento 1)

(Áreas de Debilidad/Crecimiento 2)

(Áreas de Debilidad/Crecimiento 3)

HISTORIA DE EMPLEO

Enumere el empleo más reciente primero.

Comienzo	Finalización	Nombre y Dirección actual del negocio, firma o agencia	Título o Posición	Nombre y Título del supervisor inmediato	Salario	Razón para dejar el empleo

SERVICIO MILITAR

¿Estuvo en servicio activo en el ejército? Sí No

(Rama)

(Desde)

(Hasta)

(Rango)

(Tipo de Salida)

Capacitación Especial:

REGISTRO DE EMPLEO

¿Alguna vez ha sido despedido de algún empleo? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

INFORMACIÓN DE SALUD FÍSICA

Evalué su salud física: Muy Buena Buena Regular Pobre

Enumere todas las limitaciones físicas importantes que obstaculizarían su capacidad para servir en un entorno ministerial:

Recientes cambios de peso: _____
(Perdí - libras) (Gané - libras)

Razón:

INFORMACIÓN DE SALUD EMOCIONAL

Evalué su salud emocional: Excelente Buena Regular Pobre

¿Alguna vez ha sido tratado o visto por un proveedor de salud mental? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas sesiones?: _____
A partir de (fecha) Hasta

¿En caso afirmativo, modo del tratamiento?

¿Alguna vez le recetaron medicamentos para la depresión, la ansiedad u otra condición de salud mental? Sí No

LEGAL

Alguna vez ha sido:

¿Acusado/a de acoso sexual? Sí No
En caso afirmativo, explique:

¿Formalmente acusado/a de acoso sexual? Sí No
En caso afirmativo, explique:

¿Arrestado por cualquier violación de la ley? Sí No
En caso afirmativo, explique:

¿Procesado por cualquier violación de la ley? Sí No
En caso afirmativo, explique:

¿Condenado por cualquier violación de la ley? Sí No
En caso afirmativo, explique:

¿Un/a acusado/a en un proceso penal? Sí No
En caso afirmativo, explique:

Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta.

(Firma)

(Fecha)