



# SOLICITUD DE ADMISIÓN

FOTO  
RECIENTE

## Para el solicitante:

- *CFN-MTY se reserva el derecho de admisión.*
- *Se requiere una entrevista previa con la dirección de CFN-MTY.*
- *Para ser aceptado en Cristo para las Naciones Monterrey, cada estudiante debe estar de acuerdo en vivir según los estatutos de CFN-MTY según la Biblia.*
- *El costo de procesar la solicitud será \$100 pesos ó \$10 USD.*

### TODA ESTA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Masculino Femenino Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre del esposo (a) \_\_\_\_\_

Denominación (A.R. o A.C.) \_\_\_\_\_ Nombre de la iglesia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia

Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail del pastor \_\_\_\_\_

Nombre del Pastor \_\_\_\_\_ Tu posición o ministerio actual \_\_\_\_\_

¿Hablas inglés? Sí No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_% ¿Tocas algún instrumento? Sí No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tienes conocimiento en computación? Sí No ¿Qué programas? \_\_\_\_\_

Áreas de interés (marca uno): Clases diurnas Clases nocturnas Otra \_\_\_\_\_

¿A cual(es) país(es) te gustaría ir de misiones a corto plazo? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cristo para las Naciones Monterrey  
Washington #826 Ote. • Centro 64000  
Monterrey, N.L. México • 83-42-1960 ó 83-43-5222



(Es necesario que respondas a estos puntos para completar tu solicitud.)

1. ¿Cómo te enteraste acerca de Cristo para las Naciones Monterrey?
  
2. ¿Por qué escogiste Cristo para las Naciones Monterrey?
  
3. ¿Tienes permiso de tu pastor para asistir a CFN-MTY? Si tu respuesta es no, favor de explicar.
  
4. Si eres menor de edad, ¿tienes permiso de tus papás para asistir a CFN-MTY? Si tu respuesta es no, favor de explicar.
  
5. Describe tu testimonio personal en las tres partes mencionadas abajo:
  - a.) Tu vida antes de recibir a Cristo como tu Señor.
  
  - b.) ¿Cómo llegaste a Jesucristo? (Incluye la fecha cuando recibiste al Señor y donde.)
  
  - c.) Tu vida ahora en el Señor. (¿En qué ministerio(s) estás involucrado en tu congregación?)



## Datos escolares

**Instrucciones:** Favor de nombrar todas las escuelas e institutos que has asistido incluyendo el nombre de la escuela, periodo cursado y títulos recibidos.

Nivel	Nombre de la escuela	Periodo cursado	Título(s) recibido(s)
Secundaria			
Preparatoria			
Universidad			
Otros			

## Datos de trabajo

**Instrucciones:** Favor de nombrar todos tus trabajos incluyendo el nombre de la empresa, puesto y fechas trabajado en los últimos 5 años.

Nombre de la empresa	Puesto	Fechas

## Datos de iglesias asistidas

**Instrucciones:** Favor de nombrar todas las iglesias las cuales has sido miembro en los últimos 5 años incluyendo el nombre del pastor, fechas y el motivo por el cual cambiaste de iglesia.

Nombre de la iglesia	Pastor	Fechas asististe (de mes/año a mes/año)	Motivo de cambio

## Datos financieros

¿Cómo planeas financiar tus estudios en CFN-MTY?

	%	Comentarios
<input type="checkbox"/> Personalmente	___	_____
<input type="checkbox"/> Congregación	___	_____
<input type="checkbox"/> Familia	___	_____
<input type="checkbox"/> Amigos	___	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	___	_____

## Compromiso de Pago

**Instrucciones:** esta parte deberá llenarse por la persona responsable del financiamiento de los estudios del solicitante.

En acuerdo a lo anterior, me (nos) comprometo (emos) a cubrir los gastos del financiamiento de los estudios de \_\_\_\_\_ en CFN-MTY, por lo cual aceptamos todas las condiciones de pago del mismo instituto.

\_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Dirección del responsable \_\_\_\_\_ Tel.( ) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia ministerial del solicitante

- ¿Cuánto tiempo tienes de ser cristiano?
- ¿Qué tan comprometido estás dentro de las actividades de tu iglesia?
  - Entusiasta. Profundamente involucrado en las actividades y ministerios de la iglesia.
  - Cooperativo. Siempre dispuesto a ayudar.
  - Asisto fielmente cada domingo.
  - Asisto de vez en cuando.
- ¿En qué forma de servicio cristiano has participado regularmente, por cuánto tiempo y en qué posición o puesto dentro de este ministerio?

Ministerio	Duración	¿Cuál fue tu posición o puesto y qué actividades hiciste?
<input type="checkbox"/> Alabanza	_____	_____
<input type="checkbox"/> Niños	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jóvenes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Misericordia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Misiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evangelismo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pastorado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enseñanzas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Oración	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consejería	_____	_____
<input type="checkbox"/> Células	_____	_____
<input type="checkbox"/> Finanzas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Administración	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servidores	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____

- Favor de indicar el área ministerial que tu consideras es la más fuerte en tu vida.

\_\_\_\_\_

## Historia personal (últimos dos años)

5. En estos dos últimos años, ¿has tenido problemas o has estado involucrado en alguno de las siguientes áreas? Si tu respuesta es afirmativa, favor de especificar contestando las siguientes preguntas:

*(Nota importante: En caso de responder afirmativa a algunas de estas preguntas NO implica que el solicitante será rechazado por CFN-MTY.)*

	<i>Duración</i>	<i>¿Hace cuánto tiempo saliste?</i>	<i>¿Dónde recibiste ayuda/tratamiento?</i>	<i>¿Quién te supervisó?</i>
<input type="checkbox"/> Drogas	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alcohol	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cigarrillos	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Adulterio	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Homosexualismo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lesbianismo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pornografía	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Robo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anorexia	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bulimia	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Violencia	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pandillerismo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Homicidio	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pederasta	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____	_____	_____	_____

6. Del listado mencionado arriba, ¿estás actualmente teniendo problemas o estás actualmente involucrado en uno o algunos de ellos?

- Sí Favor de especificar: \_\_\_\_\_
- No

7. ¿Cuál es tu estado civil?

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)
- ¿Vuelto a casar? \_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_
- Unión libre
- Viudo (a)
- ¿Tienes hijos? ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

8. ¿Quieres decirnos algo más o tienes algún comentario?

## Historia y perfil médico

**Instrucciones:** El solicitante debe completar esta forma de historia y perfil médico antes de poder ser aceptado en CFN-MTY. Cualquier información incompleta será motivo de retrasar su inscripción.

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_

En caso de emergencias notificar a: \_\_\_\_\_ Tel.( ) \_\_\_\_\_

Padre o tutor: \_\_\_\_\_ Tel.( ) \_\_\_\_\_

Nombre de seguro \_\_\_\_\_ Tel.( ) \_\_\_\_\_

### Datos generales:

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Pulso latido por minuto \_\_\_\_\_ Color de piel \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Usas lentes? \_\_\_\_\_ ¿Púpilentes? \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marca con una  todas las enfermedades que hayas o estás padeciendo.

Pasado	Presente	Pasado	Presente
_____	_____ Asma	_____	_____ Tiroides
_____	_____ Sinusitis	_____	_____ Convulsiones
_____	_____ Resfriados frecuentes	_____	_____ Insomnio
_____	_____ Tos persistente	_____	_____ Frecuente orina
_____	_____ Escupe sangre	_____	_____ Inflamación de pies
_____	_____ Sudores nocturnos	_____	_____ Problemas de espalda
_____	_____ Problemas con los ojos	_____	_____ Dolores de cabeza
_____	_____ Problemas con los oídos	_____	_____ Problema para respirar
_____	_____ Obstrucción nasal	_____	_____ Nerviosismo
_____	_____ Desmayos y mareos	_____	_____ Articulaciones
_____	_____ Problemas de la piel	_____	_____ Taquicardia
_____	_____ Constipación	_____	_____ Indigestión
_____	_____ Alergias	_____	_____ Otros disturbios
_____	_____ Anorexia	_____	_____ Bulimia
_____	_____ Alta presión	_____	_____ Deficiencia de nutrición
_____	_____ Problemas de la piel	_____	_____ Presión sanguínea
_____	_____ Problemas dentales	_____	_____ Dificultad glandular
_____	_____ Problemas con la nariz	_____	_____ Problemas con la garganta
_____	_____ Sarampión	_____	_____ Varicela
_____	_____ Rubéola	_____	_____ Escarlatina
_____	_____ Paperas	_____	_____ Amigdalitis
_____	_____ Viruela	_____	_____ Difteria
_____	_____ Cólera	_____	_____ Pleuritis
_____	_____ Diabetes	_____	_____ Malaria
_____	_____ Epilepsia	_____	_____ Apendicitis
_____	_____ Ulceras	_____	_____ Parálisis infantil
_____	_____ Tuberculosis	_____	_____ Disentería
_____	_____ SIDA	_____	_____ Fiebre reumática
_____	_____ Tifoidea	_____	_____ Otros _____

**Instrucciones:** marca con una  todas las adicciones que hayas o estás padeciendo.

_____	_____ Adicción a las drogas	_____	_____ Adicción al alcohol
_____	_____ Adicción al tabaco	_____	_____ Otra _____

## Historia y perfil médico

1. ¿Eres alérgico a algún medicamento, antibiótico u otro?  
 Sí Favor de especificar: \_\_\_\_\_  
 No
2. ¿Estás ahora bajo algún tratamiento médico?  
 Sí ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
 No
3. ¿Tomas medicina regularmente?  
 Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_  
 No
4. ¿Tomas algún tipo de droga controlada?  
 Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_  
 No
5. Favor de marcar con una  todo lo que corresponde a tu caso. ¿Has estado en un  
 centro de rehabilitación?  
 institución correccional?  
 cárcel?  
¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo saliste? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Quién te supervisó? \_\_\_\_\_
6. ¿Has estado en alguna institución psiquiátrica?  
 Sí ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo saliste? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Quién te supervisó? \_\_\_\_\_  
 No
7. ¿Tienes alguna debilidad especial o limitación fisiológica o psicológica?  
 Sí Favor de explicar: \_\_\_\_\_  
 No
8. ¿Tienes algún(as) señal(es) particulares? (Por ejemplo: prótesis, ojo de vidrio, etc.)  
 Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 No
9. ¿Tienes Seguro Social (IMSS)?  
 Sí ¿En cuál clínica te atienden? \_\_\_\_\_  
Número de socio o afiliación: \_\_\_\_\_  
 No
10. ¿Tienes seguro de gastos médicos?  
 Sí ¿Con cuál compañía? \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ No. de afiliación: \_\_\_\_\_  
 No

**NOTA IMPORTANTE:** CFN-MTY no se hace responsable por accidentes y/o cualquier tipo de enfermedad que padece el (la) alumno (a) durante su tiempo en esta institución, esto incluye viajes misioneros y actividades dentro y fuera del Instituto por lo cual recomendamos que el (la) alumno (a) tenga cubierto su seguro de gastos médicos al ingresar.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Favor de enviar o llevar a la siguiente dirección: *Cristo para las Naciones Monterrey*  
Washington 826 Ote. • Centro 64000 • Monterrey, N.L. México • 83-42-1960 ó 83-43-5222

[www.cfnmonterrey.com](http://www.cfnmonterrey.com)

[www.cristoparalasnaciones.tv](http://www.cristoparalasnaciones.tv)