

Manda los formularios a:

Director de EDE, JUCUM Santiago  
c/o Agape Flights, SGO 12342  
100 Airport Ave.  
Venice, FL 34285-3901

O escanea y envía por correo electrónico a:  
jucumsantiagord@gmail.com

## Guía para Completar la Solicitud de la Escuela de Discipulado y Entrenamiento

Los siguientes elementos deben enviarse antes de que se pueda procesar tu solicitud. Por favor contesta todas las preguntas. Si una pregunta no se aplica a ti, escribe N/A (no aplica/no corresponde). Los cónyuges deben completar formularios separados.

- Formulario de solicitud:** completa este formulario en su totalidad y firma el formulario de solicitud.
  - Sección 1: Información de Contacto
  - Sección 2: Información Personal
  - Sección 3: Referencias
  - Sección 4: Preguntas Personales
  - Sección 5: Historial de Salud
  - Sección 6: Formularios de Consentimiento y Liberación \* Ver la nota a continuación
  - Sección 7: Examen Médico \* Ver la nota a continuación
- Foto:** Por favor adjunta una foto tuya reciente.
- Pasaporte:** Si no tienes un pasaporte debes solicitar uno de inmediato.

**Formularios de Consentimiento y Liberación:** Reconocimiento de Responsabilidad Económica, Liberación de Responsabilidad y Consentimiento para Tratamiento. Estas secciones deben estar firmadas. Si eres menor de 18 años, asegúrate de que un padre/guardián legal firme el formulario.

**Requisitos médicos:** Esta EDE incluirá aspectos físicos y de aventura, y por eso necesitamos que se realice un examen físico de un médico. Esta sección debe estar firmado y sellado. Podemos procesar tu solicitud antes de recibir el examen médico, pero debes de envíala lo antes posible, ya que tienes que hacerlo antes de tu llegada.



### Sección 1: Información de Contacto

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
PRIMER. SEGUNDO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Número de pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_ País emisor: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

# de WhatsApp: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

#### Contacto en caso de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación (ej: padre/amigo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ WhatsApp \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Sección 2: Información Personal

Estado civil:  Soltero/a  Comprometido/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a

\*Si estás casado, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Tienes hijos?  Sí  No Si tienes hijos, completa la información a continuación:

Nombre del Hijo/a	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Sexo (M/F)	Grado Escolar

#### Iglesia Local

Nombre de la Iglesia: \_\_\_\_\_ Tiempo de Asistencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### Ocupación/Empleo Actual

Empleador: \_\_\_\_\_ Tu Posición: \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ Otros trabajos desempeñados: \_\_\_\_\_

## Educación

Escuela secundaria o equivalente de la que te graduaste (o estás por graduarte): Ó:  No he terminado la secundaria.

Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

Universidad/Escuela vocacional/Seminario al que asististe: Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Campo/Área de estudio: \_\_\_\_\_

## Información Económica

¿Tienes alguna deuda pendiente?  Sí  No Si es así, por favor explica: \_\_\_\_\_

¿Ya tienes todo el dinero para la EDE?  Sí  No Si es así, ¿de dónde viene el dinero? \_\_\_\_\_

Si no es así, ¿Cuánto tienes en este momento? USD\$ \_\_\_\_\_ ¿Cómo esperas pagar la EDE? \_\_\_\_\_

¿Esperas tener dinero extra para tus necesidades y gastos personales (por ejemplo: recreación, bocadillos, artículos de higiene personal, etc.)?  Sí  No

## Experiencia previa de JUCUM

¿Has realizado alguna otra escuela, seminario, campamento o cruzada de JUCUM (escribe lugar y fecha)? \_\_\_\_\_

## Habilidades/Dones

Talento Musical: \_\_\_\_\_

Habilidades/hobbies o intereses: \_\_\_\_\_

## Idioma

Enumera todos los idiomas que hablas y con qué nivel de competencia los hablas (1 = Es mi lengua materna;

2 = Lo hablo con fluidez; 3 = Puedo tener una conversación; 4 = Lo hablo un poco) \_\_\_\_\_

## Sección 3: Referencias

Para completar tu solicitud de la EDE necesitaremos tres referencias de personas que te conocen. Escribe la información a continuación y nos pondremos en contacto con ellos y les enviaremos el formulario. Por favor habla con ellos de antemano para hacerles saber que estás completando una solicitud de la EDE y que nos comunicaremos con ellos.

**1. Pastor:** Debería ser un pastor en tu iglesia. Puede ser el pastor principal o un pastor de jóvenes, etc. Si ninguno de ellos te conoce personalmente; entonces puede ser un maestro de escuela dominical, un líder de grupo pequeño o un mentor.

Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

**2. Amigo:** Puede ser cualquier amigo cercano. Alguien que te conoce bien.

Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

**3. Empleador/Profesor/Líder:** Este debe ser tu empleador o supervisor; alguien que te haya supervisado en el trabajo. O un profesor con el que has interactuado mucho. También puede ser otra persona que haya estado en una posición de liderazgo sobre ti; como un entrenador deportivo, líder de club, líder de ministerio, etc.

Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

## Sección 4: Preguntas Personales

*Por favor, toma tiempo para orar y contesta las siguientes preguntas en una hoja de papel separada (a mano o en la computadora). Escribe la pregunta primero antes de responderla.*

Estas preguntas son para ayudarnos a conocerte mejor. ¡Por favor responde honestamente! Si hay algo que nos preocupa, te hablaremos al respecto. Nada de lo que escribas aquí provocaría un rechazo automático de tu solicitud.

### Vida Cristiana

1. Describe la experiencia de tu conversión y tu relación actual con el Señor (incluyendo si has sido bautizado) ¿Cuánto tiempo has sido cristiano?
2. ¿Qué es el llamado de Dios para tu vida? (Si no estás seguro, ¿hay ciertas áreas/direcciones en las que sientes que Dios te está guiando?)
3. ¿En qué áreas de tu carácter quieres ver crecimiento o cambio?
4. Describe tu relación con tu iglesia local. ¿Has estado involucrado en alguna área de ministerio, servicio, liderazgo, etc.? ¿Tu pastor aprueba que asistes a una escuela de JUCUM?
5. ¿Tienes alguna otra experiencia en el ministerio cristiano o en las misiones? Si es así, ¿con qué áreas del ministerio sientes que te conectas bien? ¿Por qué?

### JUCUM/Las Misiones

6. ¿Cómo te enteraste de JUCUM?
7. ¿Por qué quieres hacer la Escuela de Discipulado y Entrenamiento (EDE)? ¿Cuáles son tus esperanzas y expectativas?
8. ¿Por qué JUCUM Santiago? ¿Por qué elegiste venir aquí para tu EDE?
9. ¿Piensas que tienes un llamado a las misiones? ¿Tienes la intención de seguir en el servicio/ministerio cristiano/misionero después de la EDE? (Si es así, por favor especifica; ¿Quieres ser staff de JUCUM, otra organización misionera, servir en la iglesia local, buscar más capacitación, etc.?)

### Historia Personal

10. ¿Cómo describirías tu relación con tu familia? ¿Tus padres aprueban que asistas a una escuela de JUCUM?
11. ¿Estás en una relación de pareja? Si es así, ¿le has pedido que haga la misma escuela?
12. ¿Alguna vez has luchado con el abuso de drogas, el abuso de alcohol, la pornografía, la homosexualidad o has estado involucrado con el ocultismo?
13. ¿Usas productos de tabaco (cigarrillos/tabaco de mascar)?
14. ¿Estás actualmente recibiendo consejería/terapia profesional por algún asunto? ¿Tienes la necesidad de consejería profesional en este momento? Si es así, ¿por cuales asuntos?
15. Si hay algo más acerca de ti que te gustaría contarnos, por favor hazlo.

## Sección 5: Historial de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Nombre Médico Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de contrato: \_\_\_\_\_

*Favor de marcar Si ó No a las siguientes preguntas. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales.*

1. ¿Te encuentras en buena salud?  Si  No
2. ¿Estás bajo tratamiento médico?  Si  No  
Si es afirmativo, especifique condición y tratamiento \_\_\_\_\_
3. ¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes enfermedades? Haga una marca de "x" si lo tuviste en los últimos seis meses

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales, válvulas defectuosas                       | <input type="checkbox"/> Epilepsia                       | <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> Soplo, defectos congénitos del corazón                            | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                 | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (ataques, presión alta, coronarias) | <input type="checkbox"/> Sangra o se le forman moretones | <input type="checkbox"/> Gastritis                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho cuando se ejercita                              | <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Mareos                       |
| <input type="checkbox"/> Se queda corto de respiración                                     | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama             | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia                 |
| <input type="checkbox"/> Utiliza marcapaso artificial                                      | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel           | <input type="checkbox"/> Dolores abdominales          |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Se fatiga cuando se ejercita |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones  | <input type="checkbox"/> Diabetes                        |   |
|  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                       |   |

Si respondiste que sí, explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Tienes alguna discapacidad física o utilizas algún tipo de dispositivo de ayuda personal? (Si es así, explique abajo)
5. ¿Tienes algún tipo de enfermedad mental?  Si  No (Si es así, explique abajo)
6. ¿Tienes algún alergia/alergia a comidas ó estas en una dieta específica? (Si es así, explique abajo)
7. ¿Estás tomando algún medicamentos?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Haces ejercicios?  Si  No ¿Cuál? : \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_
9. ¿Tienes alergia a algún medicamento?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_
10. ¿Tienes otra condición médica ó problema de salud, ó estás bajo cuidado médico por alguna otra cosa que no hayas mencionado?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_
11. ¿Has tenido COVID-19 o actualmente estás experimentando síntomas? \_\_\_\_\_
12. SOLO para mujeres: ¿Estás embarazada?  Si  No ¿Tienes problemas con tu ciclo menstrual?  Si  No  
¿Tomas pastillas anticonceptivas?  Si  No ¿Tomas medicamento para el dolor menstrual?  Si  No

Si respondiste "si" a las preguntas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

*Certifico que esta información es correcta. La misma será utilizada para mi propio beneficio en estricta confidencialidad por el personal asignado a tales propósitos. En caso de error u omisión de la información suministrada por mí en esta solicitud, no responsabilizaré a JUCUM ni a su personal por cualquier reacción física, daño físico ocurrido o acción disciplinaria que sea necesario tomar. JUCUM se reserva el derecho de admisión o suspensión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante / Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres y/o Encargados / Fecha  
(Si es menor de 18)

## Sección 6: Formularios de Consentimiento y Liberación

*Para los solicitantes menores de 18 años, sus padres también DEBEN firmar.  
Si tienes 18 años o más, tu firma es suficiente.*

\_\_\_\_\_  
Nombre de Solicitante  
(Escribe legiblemente)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián Legal  
(Escribe legiblemente)

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

### CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo, por mi propia voluntad, elijo participar en las actividades de Juventud Con Una Misión (JUCUM). Entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo la buena salud física necesaria para participar en las actividades y el horario intenso. Libero a JUCUM, sus funcionarios, personal, asistentes e instituciones de toda responsabilidad legal que pueda resultar como consecuencia de accidentes, daños, lesiones o pérdidas que puedan ocurrir durante la duración de mi asistencia o participación en esta actividad de JUCUM. No hago responsable a JUCUM Santiago, República Dominicana por la pérdida, robo o daño de pertenencias personales en el alojamiento provisto.

Certifico que toda la información de esta solicitud es completa y precisa.

Entiendo que el pago requerido de la matrícula de la escuela debe hacerse antes de mi llegada o al momento de mi llegada, a menos que el Director de la escuela apruebe lo contrario antes de mi partida a Santiago, República Dominicana. Además, acepto pagar de manera oportuna, antes de la finalización de la escuela, todos los gastos personales incurrido durante mi participación en el programa de capacitación de Juventud Con Una Misión.

Si soy aceptado en el programa de entrenamiento de JUCUM, cumpliré con el espíritu, las reglas y el horario de la escuela. Entiendo que si infrinjo los estándares, reglas o valores de JUCUM Santiago, los líderes determinarán los pasos disciplinarios que se deben tomar. Si no se observa ningún cambio en respuesta a la disciplina, entiendo que los líderes, según lo consideren oportuno, pueden enviarme a casa por mi cuenta, sin reembolsar el costo de la matrícula.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo tratamiento médico y/o cirugía y/o el uso de anestesia para mí (solicitante mencionado arriba) en el caso de que, en opinión del Médico, sea necesario intervenir en mi nombre. Yo, por este medio, autorizo a los líderes de Juventud Con Una Misión Santiago, República Dominicana, Tobias Wahl y/o Kayla Wahl, o al miembro del personal apropiado de esta organización a tomar cualquier decisión médica en representación de mí mismo/a, a su mejor discreción, mientras participo en las actividades de Juventud Con Una Misión.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

### CONSENTIMIENTO PARA USO DE FOTOS/VIDEOS

Autorizo a Juventud Con Una Misión (JUCUM) Santiago a usar fotografías y/o grabaciones digitales de mí (solicitante mencionado arriba). Reconozco que estas fotografías podrían usarse en materiales promocionales no comerciales como folletos, volantes, boletines informativos, presentaciones audiovisuales y en los sitios web de JUCUM Santiago.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián Legal

## Sección 7: Examen Medico

A ser cumplimentado por el Médico

\_\_\_\_\_ ha solicitado participar en un adiestramiento de Juventud Con Una Misión, que conlleva un horario y actividades intensas por lo cual se requiere buena salud. Esta evaluación será tomada en cuenta para su aceptación dada la naturaleza de la intensidad de actividades.

	Normal	Anormal	Explique
Cabeza			
Oidos, Nariz, Garganta			
Cuello			
Torax			
Cardiovascular			
Pulmones			
Abdomen			
Genito-Urinario			
Músculo esquelético			
Neurológico			
Piel			

1. ¿Sufre alguna enfermedad contagiosa? \_\_\_\_\_
2. ¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? ¿Para qué condición? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Pueden realizar ejercicio intenso, rutinas de entrenamiento, danza o ejercicio aeróbico de 3-6 horas diarias?  Sí  No Explique de ser necesario: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tendido COVID-19, o está actualmente presentando síntomas de COVID-19? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. En su opinión, ¿está el solicitante en la categoría de alto riesgo para COVID-19? ¿Tiene una comorbilidad significativa (es decir, afecciones pulmonares, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, inmunosupresión, etc.)? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene alguna duda en recomendar al solicitante para actividades de aventura al aire libre?  Sí  No Explique de ser necesario: \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene algún otro comentario, inquietud o recomendación sobre este solicitante? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Lic.# \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico