



# INSTITUTO TEOLÓGICO EDUCACIONAL "LA NUEVA ESPERANZA, A.C.

- ❖ Es indispensable para la tramitación de la solicitud, llenar todos los datos Incluyendo la fotografía. (por favor, escriba a máquina o usar letra de molde).
- ❖ Debe ser llenada por el interesado y enviarla a la dirección de la institución antes del 30 de agosto.
- ❖ ITELNE se reserva el derecho de admisión.
- ❖ Para ser aceptado en el Instituto Teológico Educativo "La Nueva Esperanza", A.C. cada estudiante debe estar de acuerdo en vivir según los estatutos de ITELNE, según la Biblia.
- ❖ Toda la información será confidencial y solamente será utilizada para efectos internos relacionados con la admisión o rechazo del interesado.

PEGAR  
FOTO  
RECIENTE

Nombre   

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

Edad  Fecha de Nacimiento     Lugar de Nacimiento   

Día      Mes      Año

Dirección:     

Calle                      No.                      Colonia

Ciudad  Estado  País   
 \*3.7v m

Teléfono  E-mail

Celular  Sexo: Masculino  Femenino  Estado Civil

Nombre de su Padre

Nombre de su Madre

¿Actualmente vive usted con sus padres?  Si usted no vive con sus padres, por favor escriba el nombre de la persona (s) con quien vive, su parentesco y su dirección completa.

Nombre  Parentesco

Dirección:     

Calle                      No.                      Colonia

Ciudad  Estado  País

Código Postal (Z.C.)  Apdo. Postal

Teléfono  E-mail

¿Está usted comprometido para casarse? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Cuándo se convirtió al evangelio? \_\_\_\_\_ ¿Esta usted bautizado en agua? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Denominación (A.R.) \_\_\_\_\_

Nombre de la iglesia \_\_\_\_\_

Nombre del Pastor \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

No.

Colonia

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Código Postal (Z.C.) \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## COMPROMISO DEL SOLICITANTE

¿Está usted dispuesto a colaborar en esta institución en el campo de la práctica, (ya sea trabajo natural o espiritual) mientras terminan sus tres años de estudios? \_\_\_\_\_

¿Dará gustoso algunas horas diarias para mantenimiento de la propiedad? \_\_\_\_\_

¿Está usted dispuesto a obedecer el reglamento de esta institución? \_\_\_\_\_

¿Está usted dispuesto a ser leal y respetuoso a los directores, maestros y colaboradores de esta institución? \_\_\_\_\_

Hago constar con mi nombre y firma que la información aquí proporcionada es verdadera en todos sus detalles y que estoy de acuerdo en que cualquier dato falso puede cancelar mi solicitud y en tal caso mi admisión a la institución. Conozco los reglamentos que rigen en ITELNE y en caso de ser aceptado como alumno, me comprometo a acatar y cumplir con cada uno de ellos en lo que se refiere a mi conducta, como al cumplimiento de mis horas de estudio y de mis horas de trabajo. Y libro a la institución de cualquier responsabilidad en caso de enfermedad, accidente o muerte.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Estudiante

Lugar \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*“Cuando hay vida, hay esperanza, cuando hay esperanza hay todo”*

1.- ¿Cómo te enteraste acerca de ITELNE?

2.- ¿Por qué razón escogiste ITELNE para estudiar?

3.- ¿Tienes permiso de tu pastor para asistir a ITELNE? Si tu respuesta es no, favor de explicar.

4.- Si eres menor de edad, ¿Tienes permiso de tus papás para asistir a ITELNE? Si tu respuesta es no, favor de explicar.

### **DATOS ESCOLARES**

5.- Favor de nombrar todas las escuelas a las que has asistido.

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

### **DATOS LABORALES**

6.- Favor de nombrar todos los trabajos en los que has estado.

Nombre de la empresa	Puesto	Fechas

7.- ¿Qué tipo de trabajos materiales sabe usted hacer?

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

Nombre de la Iglesia	Pastor	Periodo en que se asisitó (mes - año a mes - año)	Motivo del cambio

### DATOS FINANCIEROS

9.- ¿Cómo planea financiar sus estudios en ITELNE?

	%	Comentarios
<input type="radio"/> Personalmente	_____	_____
<input type="radio"/> Congregación	_____	_____
<input type="radio"/> Familia	_____	_____
<input type="radio"/> Amigos	_____	_____
<input type="radio"/> Otros	_____	_____

### COMPROMISO DE PAGO

10.- Esta parte deberá llenarse por la persona responsable del financiamiento de los estudios del solicitante.

En a cuerdo a lo anterior, me (nos) comprometo (hemos) a cubrir los gastos del financiamiento de los estudios de: \_\_\_\_\_ en ITELNE, por lo cual acepto (amos) toda s las condiciones de pago del mismo instituto.

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

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

Dirección del responsable de los Pagos:

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Est \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Código Postal (Z.C.) \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

## **HISTORIA MINISTERIAL DEL SOLICITANTE**

- 11.- ¿Cuánto tiempo tienes de ser Cristiano?
- 12.- ¿Qué tan comprometido estás dentro de las actividades de la iglesia? Explica
- 13.- ¿En que forma de servicio cristiano has participado regularmente, por cuanto tiempo y en qué posición o puesto dentro de este ministerio?
- 14.- Favor de indicar el área ministerial que tu consideras es la más fuerte en tu vida?
- 15.- Describe tu testimonio personal como sigue:
- a.) Tu vida antes de recibir a Cristo como tu Señor.
  
  - b.) ¿Cómo recibiste a Jesucristo como tu Salvador (Incluye la fecha y donde)
  
  - c.) ¿De que manera es tu vida ahora en Jesucristo?
- 16.- ¿Has recibido el bautismo de Espíritu Santo? ¿Cuándo?
- 17.- ¿Cuándo y dónde fuiste bautizado en agua?
- 18.- ¿Diezmas fielmente? ¿Dónde?
- 19.- ¿Has leído toda la Biblia? ¿Cuántas veces?
- 20.- ¿Cuál crees que sea tu ministerio al que el Señor te está llamando al terminar de estudiar en ITELNE?

## HISTORIA Y PERFIL MÉDICO

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

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencias notificar a: \_\_\_\_\_ Tél. ( ) \_\_\_\_\_  
 Padre o tutor: \_\_\_\_\_ Tél. ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Tél. ( ) \_\_\_\_\_  
 Datos generales:  
 Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_  
 Pulso latido por minuto \_\_\_\_\_ Color de piel \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_  
 Color de cabello \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Usas lentes? \_\_\_\_\_ ¿Pupilentes? \_\_\_\_\_

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

Pasado	Presente		Pasado	Presente	
_____	_____	Asma	_____	_____	Presión Sanguinea
_____	_____	Sinusitis	_____	_____	Dificultad Glandular
_____	_____	Resfriados Frecuentes	_____	_____	Problemas con la garganta
_____	_____	Tos Persistente	_____	_____	Varicela
_____	_____	Escupe Sangre	_____	_____	Escarlatina
_____	_____	Sudores nocturnos	_____	_____	Amigdalitis
_____	_____	Problemas con los ojos	_____	_____	Difteria
_____	_____	Problemas con los oídos	_____	_____	Pleuritis
_____	_____	Obstrucción nasal	_____	_____	Malaria
_____	_____	Desmayos menores	_____	_____	Apendicitis
_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____	Parálisis infantil
_____	_____	Constipación	_____	_____	Disentería
_____	_____	Alergias	_____	_____	Fiebre reumática
_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____	Enfermedades venereas
_____	_____	Alta Presión	_____	_____	Taquicardia
_____	_____	Problemas dentales	_____	_____	Deficiencia de nutrición
_____	_____	Problemas con la nariz	_____	_____	Bulimia
_____	_____	Sarampión	_____	_____	Anorexia
_____	_____	Rubéola	_____	_____	Indigestión
_____	_____	Paperas	_____	_____	Articulaciones
_____	_____	Viruela	_____	_____	Problemas en la espalda
_____	_____	Cólera	_____	_____	Nerviosismo
_____	_____	Diabetes	_____	_____	Dolores de cabeza
_____	_____	Epilepsia	_____	_____	Problemas para respirar
_____	_____	Ulceras	_____	_____	Inflamación de pies
_____	_____	Tuberculosis	_____	_____	Frecuente orina
_____	_____	SIDA	_____	_____	Insomio
_____	_____	Tifoidea	_____	_____	Convulsiones
_____	_____	Tiroides	_____	_____	Otros _____

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

\_\_\_\_\_ Adicciones a las drogas \_\_\_\_\_ Adicción al alcohol  
\_\_\_\_\_ Adicción al tabaco \_\_\_\_\_ Fármaco dependiente  
\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

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 algún tipo de droga controlada?

- Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_
- No

4.- ¿Tomas medicina regularmente?

- Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_
- No

5.- Favor de marcar con una **x** todo lo que corresponde a tu caso. ¿Has estado en un

- Centro de rehabilitación?
- Institución correccional?
- Cárcel?
- Casa hogar?

¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo saliste? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Quién te supervisó? \_\_\_\_\_

6.- ¿Has estado en alguna institución psiquiátrica?

- Sí ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo saliste? \_\_\_\_\_
  - No
- ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Quién te supervisó? \_\_\_\_\_

7.- ¿Tienes alguna debilidad especial o limitación fisiológica o psicológica?

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

8.- ¿Tienes algún(a) señal(es) particulares? (por ejemplo: prótesis, ojo de vidrio, etc.)

- Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- No

9.- ¿Tienes Seguro Social (IMSS)?

- Sí ¿En cuál clínica te atienden? \_\_\_\_\_
- No

10.- ¿Tienes seguro de gastos médicos?

- Sí ¿Con cuál compañía? \_\_\_\_\_  
Teléfono. \_\_\_\_\_ No. De afiliación: \_\_\_\_\_

**\*NOTA IPORTANTE:** *ITELNE 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:

**Instituto Teológico Educativo “La Nueva Esperanza”, A. C.**

DIRECCION POSTAL

---- Apdo. Postal No. 7 Allende, N.L., México, C. P. 67350

DIRECCION FISICA

---- Carretera Nacional Km 233, Lazarillos de Abajo, Allende, N.L., México C.P. 67350

Teléfonos: (826) 2-68-41-10  
2-68-37-90  
2-68-27-81

Página Web. [www.itelne.org](http://www.itelne.org)  
e-mail: [itelne.nl@gmail.com](mailto:itelne.nl@gmail.com)



# RECOMENDACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Esta recomendación debe ser llenada por tu padre o tutor y enviada directamente por él en un sobre sellado a nuestras oficinas. Por cuestión de confidencialidad, no aceptamos recomendaciones enviadas por fax, correo electrónico o traído por el estudiante. Si tu pastor es tu padre o esposo, pide a otro miembro del consejo pastoral de la iglesia que llene esta forma. Si una persona que no sea tu pastor ( co-pastor o pastor de jóvenes) llena esta forma, debe incluir una explicación. Gracias.

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

Estimado Padre o tutor:

Le agradecemos de antemano que llene esta solicitud en seguida con precisión y detalle, en forma honesta y cuidadosa, tomando en cuenta que ésta recomendación esta diseñada para conocer al estudiante y poder trabajar con él en sus clases, carácter, actitudes, etc. Y que la escuela pueda ser de bendición para el estudiante.

1.- ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuánto tiempo tiene de ser cristiano el solicitante? \_\_\_\_\_

3.- ¿El solicitante es bautizado en agua? \_\_\_\_\_

4.- ¿Qué tipo de relación hay entre usted y el estudiante? (Miembro de banca, miembro activo, familiar, amigo, empleado)? \_\_\_\_\_

5.- ¿Qué tanto conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

6.- ¿Qué tan comprometido está el solicitante dentro de las actividades de su iglesia? (Entusiasta, Profundamente involucrado, Cooperativo, Siempre dispuesto a ayudar, Casi nunca participa, Asiste fielmente, Asiste regularmente, Muestra poco interés)

7.- ¿Sabe usted de alguna debilidad o hábitos (físicos, mentales, emocionales, o espirituales) del solicitante de la cual nosotros debamos estar prevenidos?

8.- ¿Cuál es la influencia del solicitante sobre sus amigos? (Negativa, positiva, neutral)

9- ¿Cuál es el estado civil del solicitante?

- Soltero
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Unión Libre
- Vuelto a casar    ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- Viudo                ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene hijos?    ¿Cuántos? \_\_\_\_\_    ¿Están a su cargo? \_\_\_\_\_

10.- Favor de indicar factores que pueden afectar para el éxito del solicitante.

---

11.- ¿Ha estado el solicitante en algún centro de rehabilitación, institución correccional o cárcel?

- Si    ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo Salió? \_\_\_\_\_  
          ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- No

12.- Del siguiente listado, ¿sabe usted si el solicitante ha tenido problemas o ha estado involucrado en alguno de ellos en el pasado? Si su respuesta es afirmativa, favor de especificar por cuánto tiempo (meses, años) y desde hace cuánto salió de este problema.

	Duración	¿Hace cuanto Tiempo salió?	¿Dónde recibió Ayuda/ tratamiento?	¿Con quién?
❖ Drogas	_____	_____	_____	_____
❖ Alcohol	_____	_____	_____	_____
❖ Cigarrillos	_____	_____	_____	_____
❖ Adulterio	_____	_____	_____	_____
❖ Homosexualidad	_____	_____	_____	_____
❖ Lesbianismo	_____	_____	_____	_____
❖ Pornografía	_____	_____	_____	_____
❖ Robo	_____	_____	_____	_____
❖ Suicidio	_____	_____	_____	_____
❖ Anorexia	_____	_____	_____	_____
❖ Bulimia	_____	_____	_____	_____
❖ Violencia	_____	_____	_____	_____
❖ Pandillerismo	_____	_____	_____	_____
❖ Homicidio	_____	_____	_____	_____
❖ Pederasta	_____	_____	_____	_____
❖ Otro	_____	_____	_____	_____

Favor de agregar cualquier comentario que usted cree que es necesario describir:

---

---

---

---

---

**DATOS PERSONALES DEL PADRE O TUTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

Me comprometo a estar al pendiente del joven o señorita \_\_\_\_\_  
Y por medio de mi firma asumo toda responsabilidad ya sea de carácter de salud, financiero, algún accidente, enfermedad o muerte durante la estancia de mi hijo (a) o recomendado (a) en este lugar.

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

Favor de enviar o llevar a la siguiente dirección:

**Instituto Teológico Educativo “La Nueva esperanza”, A. C.**

---- Apdo. Postal No. 7 Allende, N.L., México, C. P. 67350

---- Carretera Nacional Km 233, Lazarillos de Abajo, Allende, N.L., México C.P. 67350

Teléfonos: (826) 2-68-41-10

2-68-37-90

2-68-27-81

Página Web. [www.itelne.org](http://www.itelne.org)

e-mail: [itelne.nl@gmail.com](mailto:itelne.nl@gmail.com)