



**THE ECUMENICAL  
CENTER FOR**  
EDUCATION. COUNSELING. HEALTH.

**Department of Education  
Solicitud de Admisión**

**Especialidad en Consejería Pastoral y Familiar (\_\_\_\_) Educación Clínica Pastoral-CPE (\_\_\_\_)**

**Datos Personales**

Apellido(s)		Nombre(s)	
Dirección (Número de Casa o Apartamento, Calle):			
Ciudad	Estado / Dpto. / Provincia	Código Postal	País
Teléfonos: Celular:		Fax:	
Correo Electrónico Primario:		Correo Electrónico Secundario/Laboral:	
Etnicidad: (Por ejemplo Mestizo, Blanco Latino, Blanco Europeo, Blanco Norteamericano, Negro/Afroamericano, Indígena/Amerindia, Asiático, Asiático Latino, Árabe, Árabe Latino):		Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento: (Mes/día/).		Lugar de Nacimiento (Ciudad y País):	
Número de Pasaporte o Cedula de Identidad o Credencial de elector, o Licencia de Manejar:		Sexo: ___Femenino ___Masculino	
Persona a Contactar en Caso de Emergencia: (Nombre, Dirección, E-mail, Teléfono)			

**Datos Profesionales / Laborales**

Institución o Iglesia: (Nombre de la Institución para la cual trabaja): _____			
Dirección (Calle, número): _____			
Ciudad	Estado / Dpto. / Provincia	Código Postal	País
Teléfonos: (Código) Número		Cargo que desempeña:	

## Educación

Primaria: Institución / Lugar / Desde - Hasta Fecha (año) / Área

Secundaria: Institución /Lugar / Desde - Hasta / Título Obtenido - Fecha (año) / Área

Universidad: Institución /Lugar / Desde - Hasta / Título Obtenido - Fecha (año) / Área

Instituto Bíblico: Institución /Lugar / Desde - Hasta / Título Obtenido - Fecha (año) / Área

Otros Estudios Institución / Lugar / Desde - Hasta / Título Obtenido - Fecha (año) / Área

## Experiencia Laboral / Profesional

Fecha de inicio y partida: Nombre de la institución Cargo desempeñado:

---

---

---

## Afiliación Religiosa

Preferencia Religiosa: \_\_\_\_\_

Nombre de la iglesia/ministerio a la cual pertenece: \_\_\_\_\_

Actividad/Cargo que desempeña en la iglesia (Si es aplicable): \_\_\_\_\_

¿Tiene licencia ministerial? \_\_\_ (No) \_\_\_ (Si) ¿Es Ministro Ordenado? \_\_\_(No) \_\_\_(Si) Fecha de Ordenación:

## Comprensión de Idiomas

Lista de idiomas que maneja:

\_\_\_\_\_ Escribe\_\_\_ Lee\_\_\_ Habla\_\_\_ Profesional (Técnico)\_\_\_

\_\_\_\_\_ Escribe\_\_\_ Lee\_\_\_ Habla\_\_\_ Profesional (Técnico)\_\_\_

\_\_\_\_\_ Escribe\_\_\_ Lee\_\_\_ Habla\_\_\_ Profesional (Técnico)\_\_\_

## Asuntos legales

¿Ha cometido usted un delito o crimen? De ser positivo explique las circunstancias. No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_  
De ser positivo explique las circunstancias.

¿Ha sido encontrado usted culpable de algún delito criminal? No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_  
Si su respuesta es Si, por favor explique las circunstancias y el dictamen de la sentencia

## Requisitos por Escrito

- Por favor, exponga su motivación y metas para seguir estos estudios. Utilice hojas adicionales si así lo requiere.
  
- Haga una reseña biográfica donde resume su historia de la vida, pasada y presente y su peregrinación espiritual/religiosa. Utilice hojas adicionales si así lo requiere.

## Declaración de Veracidad

Yo certifico que todo el contenido de la información suministrada en esta aplicación es válida y verdadera. Reconozco que el proveer información que no refleje la verdad puede ser razón para negarme la admisión o razón para suspenderme del programa. Con mi firma estoy autorizando al ECRH para que investigue y verifique la veracidad de mis declaraciones en esta aplicación.

Los materiales suministrados en relación con la aplicación no serán regresados.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor envíe la Solicitud de Admisión a:**  
**The Rev. Dr. Esteban Montilla**  
**The Ecumenical Center for Religion and Health**  
**8310 Ewing Halsell Drive**  
**San Antonio, TX 78229**  
**Telephone: 210-616-0885**  
**Fax: 210-616-0845**  
**E-mail: emontilla@ecrh.org**  
**www.ecrh.org**