

## ***Living Stream Ministry***

2431 W. La Palma Ave., / Anaheim, CA 92801

P.O. Box 2121 / Anaheim, CA 92814 / U.S.A.

21 de noviembre del 2011

### **A LOS ANCIANOS DE LAS IGLESIAS**

#### **RE: Anuncio del comienzo del período de primavera del 2012 del Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana en Anaheim**

Agradecemos al Señor que el vigésimo período del Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana (ETCA–EM) en múltiples idiomas llegó a su conclusión. Santos de varios países, tales como: Estado Unidos y Puerto Rico, Brasil, Canadá, China, Colombia, Inglaterra, Israel, Corea, Malasia, Nueva Zelanda, Noruega, Filipinas, Suecia y Taiwán participaron de este pasado período del entrenamiento. A pesar de sus diferentes razas, nacionalidades e idiomas, los que se entrenaron han sido perfeccionados en una atmósfera de compenetración y en la realidad del nuevo hombre.

El ETCA–EM es un programa de un año de duración en el cual todas las clases han sido diseñadas para abarcar en un año completo dos períodos de 15 semanas. Este próximo período de primavera el Entrenamiento de Edad Mediana comenzará el 12 de marzo del 2012 de y concluirá el 23 de junio del 2012. Las clases e itinerarios están diseñadas para suplir las necesidades específicas de los santos de este grupo de edad. Las clases se llevan a cabo en los idiomas inglés, chino, coreano y español. Esperamos que muchos santos en el recobro del Señor, entre las edades de 35 a 65 años, puedan aprovechar esta oportunidad para ser perfeccionados. Por favor, diríjase a la página de información adjunta para más detalles. Todas las solicitudes deben ser entregadas en la oficina del ETCA–Edad Mediana, en o antes del 13 de febrero del 2012.

Sinceramente,

Living Stream Ministry,

Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana en Anaheim,

## Información del Entrenamiento de Tiempo Completo–EM en Anaheim

**Fecha:** Desde el lunes 5 de septiembre del 2011 hasta el sábado 17 de diciembre del 2011.

**Lugar:** Centro de Conferencia del Ministerio (CCM)  
Living Stream Ministry, 2431 W. La Palma Ave., Anaheim, CA 92801

**Calificaciones:** Hermanos y hermanas en la vida de iglesia entre las edades de 35 a 65 años que sean recomendados por los ancianos.

Santos, también pueden participar en el entrenamiento a corto plazo. El período mínimo es de una semana.

**Alojamiento:** Los esposos sin hijos pueden solicitar, si son aceptados, serán alojados juntos en una vivienda en la cual el entrenamiento ha hecho arreglos para la pareja que se entrena. Aquellos esposos que tengan hijos también pueden aplicar, si es que ellos pueden tomar cuidado de proveerse la vivienda y de las demás necesidades prácticas. Los que se entrenan que residen en el Sur de California pueden vivir en sus hogares y viajar desde sus casas diariamente al centro de entrenamiento.

**Transportación:** Se le anima a los que se entrenan a que traigan sus propios vehículos.

**Vestimenta:** Hermanos: Camisa de manga larga, corbata, pantalones largos, pantalones de color oscuro y medias (calcetines).  
Hermanas: La vestimenta debe usarse con modestia y sobriedad, y apropiada, las sandalias no están permitidas. Las blusas sin mangas y al igual que los pantalones no están permitidos durante las horas de clases en el entrenamiento.

**Requisitos médicos:** **Es obligatorio adquirir un seguro médico si se matricula por un período de un mes o por más tiempo.**

1. Antes de su llegada al entrenamiento en Anaheim, debe tener un seguro médico o haber adquirido un seguro médico de viaje, que lo cubra desde el primer día de su llegada.
2. El cuestionario de salud debe ser completado y entregado junto con la solicitud. (El cuestionario de salud lo puede descargar en: [www.fttamidage.org](http://www.fttamidage.org))
3. El formulario del examen físico debe ser completado y entregado junto a la solicitud y el cuestionario de salud. (El formulario del examen físico lo puede descargar en: [www.fttamidage.org](http://www.fttamidage.org))

Los que vienen al entrenamiento deben presentar evidencia de que se han hecho la prueba de tuberculina (TB).

A pesar de que no es necesario tener la prueba de tuberculosis antes de que el formulario sea emitido, éste debe haber completado antes de su llegada a Anaheim. Sin haber completado la prueba de tuberculina aquellos que se han de entrenar no podrán participar del entrenamiento incluyendo las comidas y el alojamiento.

En muchos de los casos, la prueba de tuberculosis es un análisis subcutáneo (PPD) que se llevó a cabo durante los últimos seis meses antes de comenzar el entrenamiento. Sin embargo, si ocurre que su prueba de TB subcutánea da un resultado positivo, el radiólogo hará constar en inglés, que se tomó un radiograma del pecho que el PPD debía haber sido sometido. La prueba subcutánea requiere dos visitas a su proveedor de salud, en un período de 48-72 horas y conseguir el resultado de la radiografía se demora por lo menos una semana. El que solicita debe tener en cuenta demoras imprevistas.

Si la prueba anteriormente resultó positiva, el PPD no debe repetirse. En tal caso, una radiografía del pecho realizada en los pasados 12 meses es suficiente.

Si la prueba de TB requiere que sea completada con una radiografía del pecho, el informe debe ser en inglés y estar firmado por el radiólogo. Cabe señalar que el parte medico de su doctor personal en cuanto al resultado normal de la radiografía no es suficiente. Además de ello, usted debe enviar en un formato electrónico la radiografía a: [medical@ftta.org](mailto:medical@ftta.org), o traer la radiografía, preferible en un formato electrónico, cuando se lleve a cabo la entrevista médica el primer día del entrenamiento.

Un método alternativo de exploración médica es mediante una prueba de sangre. Una ventaja de la prueba de sangre es que esta puede arrojar un resultado normal aunque anteriormente el resultado del PPD fuera positivo, lo cual descarta la necesidad de tomar una radiografía del pecho. No obstante, la prueba de sangre es más costosa y su uso no es tan abarcador como la del PPD.

Existen dos casos en los cuales la prueba de tuberculina, radiografía o prueba de sangre no son requeridas. Uno es si la persona ha padecido de tuberculosis, completado un tratamiento y si actualmente esté libre de los síntomas de la tos, fatiga, sudores nocturnos o pérdida de peso. El otro es si la persona ha completado un tratamiento de profilaxis antibiótica para TB (este tratamiento tiene una duración de 6-9 meses). Cualquiera sea el caso, la documentación debe ser escrita en inglés.

Se les recomienda enfáticamente a los solicitantes hacerse una prueba de sangre de Hepatitis B; si la prueba resulta negativa, ellos se deben inocular.

- Costo:** Tiempo completo: US \$2400 por el período de las 15 semanas. Incluye alojamiento y comida
- Los que se entrenan a corto plazo: US \$160 por semana (incluye alojamiento y comida)
- Los que viajan diario US \$900 por el período de las 15 semanas (no incluye alojamiento ni comida)
- Gastos personales: No están incluidos en las cifras arriba mencionadas.

**Pago:** Haga el cheque pagadero a LSM, y envíelo por correo a:  
Living Stream Ministry  
Middle-age Training  
2431 W. La Palma Ave.,  
Anaheim, CA 92801

Programa de pagos:

Alternativa 1: Pago completo el 5/9/2011

Alternativa 2: Pagar cada cuatro semanas, comenzando el 5/9/2011, 3/10/2011, 1/11/2011, 29/11/2011.

Para un resultado de \$640 para los primeros tres pagos, y \$480 para el último pago.

**Itinerario:** Clases: Lunes —7:00 PM — 9:00 PM  
Martes — Viernes — 9:00 AM — 2:30 PM  
Miércoles — 7:30 PM — 9:30 PM

Servicio del evangelio: Viernes y Sábados en las tardes – Reunión de niños del vecindario y las reuniones de grupos pequeños de la iglesia  
Sábados – Visitas del evangelio y seguimiento  
Día del Señor – Asistir a la reunión de la mesa del Señor y de profetizar

**A quién contactar:** **Middle-age Full-time Training Office:** 714-236-6027; el número del fax en la oficina: 714-236-6029  
Dirección postal: P. O. Box 2121, Anaheim, CA 92814, U.S.A.  
Correo electrónico: Midage@ftta.org  
Sitio web: [www.fttamidage.org](http://www.fttamidage.org)

**Idioma inglés**

David Koo: [dkoo@ftta.org](mailto:dkoo@ftta.org)

Rick Scatterday: [scatterday@ftta.org](mailto:scatterday@ftta.org)

**Idioma chino**

Samuel Liu: [henshiliu@yahoo.com](mailto:henshiliu@yahoo.com)

Hermon Chang: [hermonc@yahoo.com](mailto:hermonc@yahoo.com)

**Idioma coreano**

Jasper Kim: [jaspkim@gmail.com](mailto:jaspkim@gmail.com)

Ezra Paik: [ezra1200@gmail.com](mailto:ezra1200@gmail.com)

**Idioma español**

Víctor Molina: [vmolina@ftta.org](mailto:vmolina@ftta.org)

Walter Ortiz: [walter@lsm.org](mailto:walter@lsm.org)

**Traducción:** Todos los que se entrenan necesitan un radio FM con audífonos.



## Información adicional

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

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

1. Por favor, háblenos de usted:

(Su respuesta debe ser breve al hablarnos de su matrimonio, familia, trabajo, salud, cuándo y cómo fue salvo, etc., cómo es su vida de iglesia y su vida de reunión después que fue salvo)

2. ¿Por qué estoy en el entrenamiento?

3. Mis expectativas en cuanto al entrenamiento:

4. Práctica de vida, búsqueda de la verdad y la práctica de la manera ordenada por Dios:

Avivamiento matutino diario \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Lectura diaria de la Biblia: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Oración personal diaria: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

La predicación del evangelio: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

El pastoreo de los nuevos: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Asistir a la reunión del grupo pequeño: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Profetizar en el día del Señor: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Enumerar todos los Estudios-vida que hayas leído durante el entrenamiento: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendación del anciano para el hermano (a): \_\_\_\_\_**

**(Este documento debe ser llenado y enviado por correo por los ancianos)**

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos serán de mucha ayuda para entender y servir mejor al que se entrena. Sus respuestas no serán utilizadas como un criterio para excluir del entrenamiento al candidato. Favor de responder encerrando en un círculo el número correspondiente, donde aplique.

**1. La participación del candidato en las actividades de la iglesia en el último año:**

1	2	3	4	5
Asiste pocas veces; muestra muy poco interés; sólo recientemente experimentó un cambio para con el Señor y la iglesia				Es un apoyo para la iglesia; le imparte vida; está activo en el servicio

**2. El conocimiento de la verdad del candidato:**

1	2	3	4	5
Nunca ha leído la Biblia completa; su nivel del conocimiento de las verdades básicas es muy bajo.				Ha manifestado un claro conocimiento de la Biblia y de las verdades básicas.

**3. La habilidad del candidato para trabajar con otros:**

1	2	3	4	5
Le gusta estar solo; discute y riñe con los demás, insiste en su manera				Trabaja bien con otros; respeta a otros, sean mayores o menores.

**4. La ética de trabajo del candidato:**

1	2	3	4	5
No tiene metas; evade el trabajo				Muy competente; responsable; de confianza.

5. ¿Entiende el candidato las restricciones en cuanto a contactar miembros del sexo opuesto durante el entrenamiento y los recesos? Entiende el candidato las medidas disciplinarias que serán implementadas en caso de que esta regla sea violada?
6. ¿Confía usted que el candidato podrá someterse a las restricciones en cuanto a relacionarse con miembros del sexo opuesto durante su estancia en el entrenamiento?
7. Le pedimos a los ancianos que en este espacio, y la parte de atrás de esta hoja, hagan una reseña de la visión y la participación del solicitante en el servicio y la carga de la iglesia. Esta recomendación debe incluir su contribución positiva a la vida y el servicio de la iglesia, así como cualquier problema que haya tenido en la coordinación, la situación de cómo vive y/o en cuanto a si recibe comunión. (This recommendation could be written in English, if needed)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del anciano: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N°. de Tel., para contactarlo: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si usted siente que alguna pregunta es muy personal, siéntase libre de omitirla y discutirla con el médico en privado.

## ETCA– Entrenamiento de Edad Mediana

### CUESTIONARIO DE SALUD DEL QUE SE ENTRENA

(Debe ser completado y entregado junto con la aplicación)

#### CONFIDENCIAL

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ País natal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

Localidad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

***Favor de dar detalles a las respuestas que requieran explicación. Use el espacio que le proveemos al final del formulario.***

1. ¿Goza usted de una salud estable y sin enfermedades contagiosas? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
2. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
3. ¿Es usted alérgico a algún alimento? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
4. ¿Es usted es alérgico al moho, polen u otra sustancia similar? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
5. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
6. ¿Tiene usted algún impedimento físico? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
7. ¿Toma usted algún medicamento con frecuencia? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
8. ¿Ha sido usted operado alguna vez? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
9. ¿Le ha recomendado el médico algún análisis o tratamiento que usted aún no ha llevado a cabo, por ejemplo: radiografías debido a una tos crónica, a una posible operación o a una hernia? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
10. ¿Ha padecido de:  
    ulceras gástricas Sí\_\_\_  
    tuberculosis No\_\_\_  
    hepatitis Sí\_\_\_  
No\_\_\_

- |                           |      |
|---------------------------|------|
| enfermedades cardiacas    | Sí__ |
|                           | No__ |
| enfermedades del riñón    | Sí__ |
|                           | No__ |
| cáncer                    | Sí__ |
|                           | No__ |
| alta presión              | Sí__ |
|                           | No__ |
| crisis nerviosa           | Sí__ |
|                           | No__ |
| asma                      | Sí__ |
|                           | No__ |
| otras enfermedades serias | Sí__ |
|                           | No__ |
11. ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad física o mental? Sí\_\_  
No\_\_
12. ¿Ha consumido usted en los últimos tres años tabaco, alcohol u alguna otra droga que produzca habito Sí\_\_  
No\_\_
- \* Si ha consumido cigarrillos con regularidad, ¿por cuántos años y cuántas cajetillas consumía al día? \_\_\_\_\_
13. ¿Ha sufrido usted alguna lesión seria, por ejemplo, un daño al cuello o ha tenido una contusión o fractura? Sí\_\_  
No\_\_
14. ¿Ha tenido un examen físico en los últimos tres años? Sí\_\_  
No\_\_
- \* Si su respuesta es sí, diga la razón y el resultado  
\_\_\_\_\_
15. ¿Le han tomado una radiografía del pecho en los últimos tres años? Sí\_\_  
No\_\_
- \*Si es así, dé la fecha y la razón \_\_\_\_\_
16. ¿Cuántas gripes le dan al año? Menos de 3\_\_\_\_\_ 3 ó más\_\_\_\_\_
17. ¿Ha perdido usted más de una semana de trabajo o escuela debido a su salud durante el último año? Sí\_\_  
No\_\_
18. ¿Ha perdido usted más de un mes de trabajo o escuela debido a su salud durante los últimos tres años? Sí\_\_  
No\_\_
19. ¿Ha hecho ejercicio regularmente durante los últimos tres años? Sí\_\_  
No\_\_
20. ¿Qué nivel de ejercicio puede aguantar?  
Correr \_\_\_\_\_  
Trotar \_\_\_\_\_  
Caminar \_\_\_\_\_  
No lo sé \_\_\_\_\_



- |   |              |
|---|--------------|
| 30. Glaucoma  | Sí__<br>No__ |
| 31. Flujo nasal o dolor de garganta                             | Sí__<br>No__ |
| 32. Sinusitis crónica   | Sí__<br>No__ |
| 33. Hemorragia nasal  | Sí__<br>No__ |
| 34. Otitis  | Sí__<br>No__ |
| 35. Impedimento auditivo  | Sí__<br>No__ |
| 36. Tiroides  | Sí__<br>No__ |
| 37. Glándulas dilatadas   | Sí__<br>No__ |
| 38. Tos por más de tres semanas, o esputo con sangre            | Sí__<br>No__ |
| 39. Asma o dificultad en la respiración                         | Sí__<br>No__ |
| 40. Cualquier otra molestia pulmonar                            | Sí__<br>No__ |
| 41. Dolores de pecho  | Sí__<br>No__ |
| 42. Soplo en el corazón   | Sí__<br>No__ |
| 43. Hinchazón de manos  | Sí__<br>No__ |
| 44. Asfixias nocturnas  | Sí__<br>No__ |
| 45. Dificultad respiratoria (cuando no está haciendo ejercicio) | Sí__<br>No__ |
| 46. Dolor abdominal   | Sí__<br>No__ |
| 47. Náusea o vómito   | Sí__<br>No__ |
| 48. Agruras   | Sí__<br>No__ |
| 49. Eructos o gases excesivos                                   | Sí__<br>No__ |
| 50. Diarrea   | Sí__<br>No__ |
| 51. Estreñimiento   | Sí__<br>No__ |
| 52. Cambios recientes en hábitos intestinales                   | Sí__<br>No__ |

- |  |              |
|--|--------------|
| 53. Dolor abdominal relacionados con los movimientos intestinales              | Sí__<br>No__ |
| 54. Sangra cuando tiene sus movimientos intestinales                           | Sí__<br>No__ |
| 55. Sensación de que se le pega la comida en la garganta                       | Sí__<br>No__ |
| 56. Dificultad al ingerir  | Sí__<br>No__ |
| 57. Dolor al orinar  | Sí__<br>No__ |
| 58. Sangre en la orina   | Sí__<br>No__ |
| 59. Orina frecuente (más de 6/día o 1/noche)                                   | Sí__<br>No__ |
| 60. La presión de la orina es débil, y continua goteando después               | Sí__<br>No__ |
| 61. (Sólo para hombres) emisiones del pene                                     | Sí__<br>No__ |
| 62. Problemas matrimoniales  | Sí__<br>No__ |
| 63. Várices  | Sí__<br>No__ |
| 64. Dolor de coyunturas  | Sí__<br>No__ |
| 65. Dolor de piernas o de nalgas cuando camina, el cual se alivia al descansar | Sí__<br>No__ |
| 66. Cambio de color o de tamaño de un lunar                                    | Sí__<br>No__ |
| 67. Sangrado de lunar  | Sí__<br>No__ |
| 68. Costra que no ha sanado en tres semanas o más                              | Sí__<br>No__ |
| 69. Cambio del color de la piel  | Sí__<br>No__ |
| 70. Frecuentes infecciones de la piel  | Sí__<br>No__ |
| 71. Otras enfermedades de la piel  | Sí__<br>No__ |
| 72. Protuberancia debajo de la piel  | Sí__<br>No__ |
| 73. Anemia   | Sí__<br>No__ |
| 74. Coágulos de sangre   | Sí__<br>No__ |
| 75. Sufre magulladuras con facilidad   | Sí__<br>No__ |

76. Sangrado prolongado después de intervenciones o heridas Sí\_\_\_  
No\_\_\_
77. Convulsiones Sí\_\_\_  
No\_\_\_
78. Debilidad o parálisis Sí\_\_\_  
No\_\_\_
79. Dificultad para dormir en la noche Sí\_\_\_  
No\_\_\_
80. Cuando despierta en la noche, ¿tiene dificultad en volverse a dormir? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
81. ¿Ha estado usted bajo cuidado psiquiátrico o se lo han recomendado? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
82. Fobias (tales como claustrofobia) Sí\_\_\_  
No\_\_\_
83. Le cuesta adaptarse a nuevas situaciones Sí\_\_\_  
No\_\_\_
84. Intolerante al calor o al frío Sí\_\_\_  
No\_\_\_
85. Cambio de tamaño en guante o sombrero Sí\_\_\_  
No\_\_\_
86. Cambio en el crecimiento del cabello Sí\_\_\_  
No\_\_\_

***LAS PREGUNTAS DEL 87 AL 97 SON SÓLO PARA LA MUJER***

87. ¿Ha dejado de ir a la escuela o al trabajo debido a los dolores menstruales? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
88. ¿Sangra usted entre sus períodos menstruales? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
89. ¿Experimenta comezón en la vagina o emisiones? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
90. ¿Le han practicado análisis para cáncer cervical? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
- \* Si es así, ¿en qué fecha y cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_
91. ¿Se examina los pechos mensualmente? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
92. ¿Tiene masa en el seno o en la axila? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
93. ¿Tiene emisiones de los pezones? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
94. Edad a la que comenzó menstruar \_\_\_\_\_
95. ¿Sigue menstruando? Sí\_\_\_  
No\_\_\_
- \* Si no es así, ¿en qué fecha cesó? \_\_\_\_\_
96. ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_
97. ¿Cuántos alumbramientos ha experimentado? \_\_\_\_\_



106. ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_

107. ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_

108. ¿Se ha tomado la presión arterial en los últimos tres años?

Sí\_\_\_

No\_\_\_

\* Si es así, ¿cuál es? \_\_\_\_\_

109. ¿A quién se debe notificar en caso de emergencia?:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Este espacio está reservado para aquellas respuestas que incluyan más detalles. Asegúrese de anotar el número de la pregunta. Añada páginas adicionales si es necesario.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

*Firma:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

ENTRENAMIENTO DE TIEMPO COMPLETO DE EDAD MEDIANA EN ANAHEIM

Formulario para completar del examen físico

CONFIDENCIAL

(Debe ser completado y firmado por un médico debidamente certificado)

Para su información: Nuestro propósito al solicitar este examen médico es el de obtener su opinión en cuanto a que si el solicitante está físicamente capacitado para participar en un programa que incluye un desempeño académico moderadamente intenso e integrar un trabajo de alcance comunitario.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

- 1. Signos vitales: PA: \_\_\_\_\_ Ritmo cardíaco: \_\_\_\_\_ Ritmo respiratorio: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_
2. Apariencia general: \_\_\_\_\_
3. Cabeza, oído, ojos, nariz, garganta: \_\_\_\_\_
4. Cuello: \_\_\_\_\_
5. Pulmones: \_\_\_\_\_
6. Corazón: \_\_\_\_\_
7. Abdomen: \_\_\_\_\_
8. Espalda: \_\_\_\_\_
9. Extremidades: \_\_\_\_\_
10. Piel: \_\_\_\_\_
11. Linfáticas: \_\_\_\_\_
12. Neurológico: \_\_\_\_\_
13. Medicamentos recetados que toma regularmente: \_\_\_\_\_
14. TB, prueba cutánea o pruebas de sangre (dentro de los últimos 6 meses): Fecha de la prueba: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
Si es positiva, fecha en que se tomó la radiografía del pecho: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
15. Pruebas de laboratorio llevadas a cabo (Por favor, asegúrese de que las siguientes pruebas de laboratorio hayan sido completadas dentro de los pasados seis meses):

Table with 3 columns: Test Name, Dentro del alcance normal (Sí/No), Si es no, por favor explique. Rows include CBC, Electrolitos, glucosa en ayuno, Perfil de la química sanguínea, Prueba de lípidos en ayuno, Química del hígado y riñones, Electrocardiograma.

\*Evidencias de la prueba de TB o de rayo X, pruebas de laboratorio y EKG se deben presentar junto con este formulario. Este formulario puede ser completado en inglés o en español.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Número Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (letra d molde): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_