

Living Stream Ministry

2431 W. La Palma Ave., / Anaheim, CA 92801
P.O. Box 2121 / Anaheim, CA 92814 / U.S.A.

30 de octubre del 2018

A LOS ANCIANOS DE LAS IGLESIAS

RE: Anuncio para la primavera del 2019 Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana en Anaheim

Agradecemos al Señor que el trigésimo cuarto período del Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana (ETCA–EM) en múltiples idiomas llegó a su conclusión. Santos de varios países, tales como: Estados Unidos, Australia, Brasil, Canadá, China, Corea del Sur, Ghana, Malasia, Nueva Zelanda, Singapur, Reino Unido y Taiwán participaron de este pasado período de 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 11 de marzo del 2019 y concluirá el 22 de junio del 2019. 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 19 de febrero del 2019.

Atentamente,

Living Stream Ministry
Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana en Anaheim

Información del entrenamiento de Tiempo completo en Anaheim

Fecha: Lunes, 11 de marzo del 2019 al sábado 22 de junio del 2019

Matrícula 1. Todas las solicitudes, incluyendo todos los formularios médicos deben haberse recibido
Fecha límite: en la oficina del entrenamiento a más tardar el día 19 de febrero del 2019.
2. Aquellos que hayan sido aceptados se les informará por correo electrónico (e-mail).
3. Información más detallada concerniente al entrenamiento se enviará más adelante junto con la carta de aceptación. **Por favor, no haga ningún arreglo de viaje hasta que haya recibido la carta de aceptación de la oficina del entrenamiento.**

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

Calificación: Hermanos o hermanas en la vida de iglesia, entre las edades de 35 a 65 años, que gocen de buena salud física y mental, y con la recomendación de los ancianos. Los santos menores de 35 años o mayores de 65, deberán tener comunión con los ancianos de su localidad para obtener su aprobación y recomendación.

Los santos pueden participar del entrenamiento a corto plazo. El período mínimo que se requiere para participar en el entrenamiento a corto plazo es de una semana. Aquellos que vienen por corto plazo, deben planear llegar al entrenamiento en día domingo o lunes.

Vestuario: Todas las normas con respecto al vestuario son **OBLIGATORIAS** para todos los que se entrenan durante todo el periodo del entrenamiento. Los hermanos y las hermanas deberán presentarse el 11 de marzo del 2019 en el día de inscripción y entrevistas, vestidos de acuerdo a los requisitos del vestuario que se mencionan a continuación. Por favor tengan en cuenta que los uniformes **NO** están a la venta en el centro del entrenamiento.

A. Hermanos:

1. Vestuario para el Entrenamiento

- a. Camisas: camisa de vestir blancas sólidas, manga larga y con cuello. La camisa siempre deben estar metida dentro de los pantalones.
- b. Corbatas: Las corbatas estarán disponibles a la venta a su llegada al entrenamiento.
- c. Traje o chaqueta color azul marino oscuro o negro sólido.
- d. Pantalón azul marino oscuro sólido o negro, No está permitido el uso de pantalones cortos ni pantalones de mezclilla o jeans durante el entrenamiento.
- e. Camisetas interiores: blancas solamente.
- f. Zapatos de vestir/calzetines/cinturón: Negro o azul oscuro y de un estilo conservador.
- g. Vello facial: Un hermano debe mantener su cara limpia y afeitada. El pelo de la nariz debe ser recortado. No se permitirá barbas, bigote, patillas largas ni la cabeza rapada. No se permitirá hacerse iluminaciones, teñirse el cabello o hacerse mechones.
- h. El uso de perfumes o lociones de fuerte fragancia No está permitido.

2. Vestuario para el Evangelio

- a. Pantalones, beige, marrón/café, azul o negro sin ningún diseño.
- b. Camisa con botones y cuello y debe ir dentro de los pantalones.

3. Vestuario para el Día del Señor

- a. No es necesario vestir con el vestuario del entrenamiento.
- b. Pantalones de vestir.
- c. Camisa de vestir—blanca o de color suave, con botones, manga larga y con cuello, la camisa debe ir metida dentro de los pantalones.
- d. Zapatos de vestir.
- e. Corbata—color y diseño conservador.

B. Hermanas:

1. Vestuario para el Entrenamiento

- a. Camisas: camisas de vestir/blusas blancas sólidas con cuello. La blusa siempre debe ir metida dentro de la falda.
- b. Conjunto de falda y saco o chaqueta color azul marino oscuro o negro sólido.
- c. Zapatos: Tacones (tacos), no más de 1½ pulgada de alto o planos, talones puntas y lados cerrados, color negro o azul oscuro sólidos. No se permiten botas.
- d. Falda: No debe ser ajustada o recta. El largo de la falda debe extenderse 6 pulgadas por debajo de las rodillas, o a la mitad de la pantorrilla al estar de pie. Si tiene apertura en la parte de atrás, la apertura debe empezar debajo de la rodilla.
- e. Medias/Nylon: Color natural.
- f. No se permitirá blusa sin mangas, ni vestido de una sola pieza o jumper.
- g. No se permitirá el uso de pantalones de vestir ni pantalones de mezclilla.
- h. Bufanda: Negra, azul marino o blanca solida sin ningún diseño o monograma.
- i. No accesorios o adornos (excepto anillos de matrimonio).
- j. No esmalte de uñas, ni en las manos ni en los pies.
- k. No se permitirá hacerse iluminaciones, teñirse el cabello o hacerse mechones.
- l. El uso de perfumes o lociones de fuerte fragancia No está permitido.

2. Vestuario para el Evangelio

- a. Falda.
- b. Blusa o camisa—con botones y cuello. No se permiten blusas/tipo deportiva ni playeras.
- c. Zapatos: de color oscuro o neutro, cerrados, se permiten estilo tenis/canvas, deben mantenerlos siempre limpios.

3. Vestuario para el Día del Señor

- a. No es necesario vestir con el vestuario del entrenamiento.
- b. Se requiere vestido o falda.
- c. Blusa moderada y **no** debe ser ajustada
- d. Zapatos—cerrados de color oscuro o neutro.

C. Información General

1. Por favor traiga alguna otra ropa necesaria según sus necesidades, como ropa abrigada de invierno para el tiempo de frío, ropa de ejercicios y zapatos, ropa de trabajo y zapatos, etc. Las hermanas pueden usar mallas, medias abrigadas de color negro durante el tiempo de frío. No se permitirá el uso de polainas (*leggings*). Toda la ropa debe ser adecuada, según el estándar de un santo.
2. Con respecto al uniforme, no se permitirá a los que se entrenan usar saco o chaqueta diferente a lo especificado por este entrenamiento. Los sweaters se deben usar debajo del saco o chaqueta del uniforme. Los abrigos, sacos y sweaters deben ser de color azul marino oscuro sólido o negro sin ningún diseño o monograma. Los abrigos no se pueden usar dentro de los salones de clase.
3. El entrenamiento proporcionará ropa de cama, tales como almohadas, sábanas, mantas, etc. Por favor traiga sus artículos personales tales como toallas, champú, ect.

Alojamiento: El entrenamiento hará arreglos para proveer alojamiento a los hermanos o hermanas solteros (as) que así lo soliciten. Las parejas sin hijos, serán alojados juntos en una vivienda en la cual el entrenamiento ha hecho arreglos si es que ambos están viniendo al entrenamiento. Parejas con niños también pueden aplicar, siempre y cuando puedan tomar cuidado de proveerse la vivienda y de sus necesidades prácticas. Los que se entrenan que residen en el Sur de California pueden vivir en sus hogares y viajar desde sus casas diariamente.

Transportación: Se anima a los que se entrenan que provean su propio transporte.

Requisito médico: Es obligatorio adquirir un seguro médico si se matricula por un período de un mes o por más tiempo:

1. Un seguro médico acreditado o seguro de viajero vigente, la cual proveerá cobertura durante su entrenamiento en Anaheim, debe entregar copia de la tarjeta o del certificado del seguro antes del primer día de su llegada al entrenamiento.
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)
3. Todos los que vienen al entrenamiento deben presentar evidencia de que se han hecho la prueba de tuberculosis (TB).

A pesar de que no es necesario tener la prueba de tuberculosis antes de presentar la solicitud, éste debe haber sido completado antes de su llegada a Anaheim. Aquellos que vienen a entrenarse sin haber completado la prueba de tuberculosis 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 efectuó en 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 tórax después que el PPD fue presentado. 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 PPD resultó positiva anteriormente, el PPD no debe repetirse. En tal caso, una radiografía del tórax realizada en los pasados 12 meses es suficiente.

Si la prueba de TB requiere que sea completada con una radiografía del tórax, el informe debe ser en inglés y estar firmado por el radiólogo. Cabe señalar que la declaración de su médico 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: midage@ftta.org, o traer la radiografía, preferible en un formato electrónico, cuando se lleve a cabo la entrevista médica en el primer día del entrenamiento.

Un método alterno 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 caro y no está ampliamente utilizado como el PPD.

Existen dos casos en los cuales la prueba de tuberculosis, radiografía o prueba de sangre no son requeridas. Uno es si la persona ha padecido de tuberculosis, completado un tratamiento y si actualmente está 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 que sea el caso, la documentación debe ser escrita en inglés.

Se les recomienda enfáticamente ponerse la vacuna contra el tétanos, la hepatitis A y B, la influenza. Para aquellos que tienen más de 50 años de edad, también se recomienda la vacuna Zóster (shingles). Se recomienda también la vacuna neumocócica para los solicitantes mayores de 65 años aun si gozan de buena salud.

También se les recomienda a los que vienen a entrenarse y que tengan 50 años de edad o más, consultar con su médico y someterse a exámenes y otras evaluaciones que se consideren necesarias, con el fin de asegurar su disposición al emprender un programa intensivo de un año de entrenamiento.

- Costo:** El que se entrena a tiempo completo: US \$3300 por el período de 15 semanas, o \$220/semanal, incluye alojamiento y comidas
- El que se entrena de período corto: US \$220/a la semana (incluye alojamiento y comidas)
- Los que viajan diario: US \$1800 por el período de las 15 semanas ó \$120/semanal (no incluye alojamiento; pero si incluye el almuerzo)
- Gastos personales: No están incluidos en lo mencionado arriba

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 11/3/19

Alternativa 2: Cada 4 semanas el 11/3/19, 8/4/19, 6/5/19, y el 3/6/19, empezando con \$880 como el primero de los tres pagos, y \$660 para los tres últimos pagos.

(Los que viajan diario: \$480 por los tres primeros pagos, y un último pago de \$360).

Itinerario: Clases: Martes a viernes – 9:00 AM a 2:45 PM
Miércoles – 7:30 PM a 9:30 PM
Sábado – 9:00 AM a 11:00 AM (Tiempo de Estudio)
Evangelio: Viernes y sábados en las noches – Reunión de grupos pequeños o tiempo de estudio.
Día del Señor – Asistir a la mesa del Señor y a la reunión de profetizar.
Visita del evangelio y seguimiento.

Entrenamiento de verano: Se recomienda que todos los que se entrenan asistan al Entrenamiento de Verano, del 1-6 de julio del 2019. La registraci3n para este entrenamiento se debe hacer a trav3s de la localidad que le ha enviado.

A qui3n contactar: **Middle-age Full-time Training Office:** 714-236-6027; Office Fax: 714-236-6029
Direcci3n postal: P. O. Box 2121, Anaheim, CA 92814, USA.
Email Address: midage@ftta.org
Website: www.fttamidage.org

Traducci3n: Todos los que se entrenan deben traer un radio FM con aud3fonos.

SOLICITUD PARA EL ENTRENAMIENTO DE TIEMPO COMPLETO EN ANAHEIM DE EDAD MEDIANA

Primavera del 2019 (11/3/19 al 22/6/19) Fecha límite: 19 de febrero del 2019

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE A FONDO Y EN DETALLE

Nombre: _____ H^{no.} _____ H^{na.} _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Apellido Nombre I mes día año
Edad: _____

Dirección: _____ Tel., de casa: () _____
_____ Celular: () _____
_____ E-mail: _____

Localidad que le envía: _____ Otro (Por favor marque uno):
Ciudad Estado País LINE WeChat WhatsApp KakaoTalk
de ID: _____

Nacionalidad: _____ Idioma (s) Que habla: _____

Educación: _____ Institución _____ Especialidad _____ Título _____

Ocupación actual: _____; Si al presente está sirviendo de tiempo completo, Fecha cuando empezó: _____

¿Traerá su automóvil?: Sí _____ No _____; si su respuesta es sí, ¿Cuántos caben en su auto? _____

¿Necesita alojamiento?: Sí _____ No _____

Fecha que desea asistir: Tiempo Completo _____ Corto Plazo _____ Fecha, si es a Corto Plazo de ____ / ____ / a ____ / ____

Fecha en que fue salvo _____ Fecha en se bautizó: _____ Fecha que vino a la iglesia _____

La localidad donde por primera vez contactó la iglesia: _____

Áreas de servicio en las cuales ha participado en la iglesia: _____

Estado civil: Soltero (a): _____ Casado (a): _____ Viudo (a): _____ Divorciado (a): Separado (a): _____

Nombre de la esposa (o): _____ Edad de la esposa (o): _____

Fecha en la cual se casó: _____ Ocupación del esposo (a): _____

¿Cuál es la actitud de su conyugue en cuanto a que usted asista al entrenamiento?: Está de acuerdo: _____ En desacuerdo: _____

También se entrena: _____

Dependientes:	Nombre	Parentesco	Edad	Salvo
1.	_____	_____	_____	Sí _____ No _____
2.	_____	_____	_____	Sí _____ No _____

Información de Salud Obligatoria:

¿Tiene algún tipo de alergia a los alimentos?: Si _____ No _____

Por favor revise los alimentos que no puede comer (Marque todas las que apliquen):

Intolerancia a la lactosa Salmón Tilapia Bacalao Atún Gluten Otro: _____

Requisitos médicos obligatorios para aquellos que se entrenan que se están matriculando por un mes o más:

1. Debe presentar evidencia de que se ha hecho una prueba de tuberculosis (TB) antes de su llegada.
2. El cuestionario de salud debe completarse y entregarse junto con esta solicitud.
3. Un seguro médico acreditado ó un seguro de viajero que le cubra durante su estadía en el entrenamiento en Anaheim, este debe presentarse antes de su llegada al primer día del entrenamiento. Sírvase proporcionar copia de su tarjeta de seguro o certificado de su seguro de viajero.

Como se sustentará en cuanto a lo financiero: Usted: _____ La iglesia: _____ Familia o Amigos: _____ Otros medios: _____

Otra información relevante: _____

¿Cómo escuchó del ETCA-EM? Entrenantes anteriores Reunión de información Recomendación de los Ancianos

Otro _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Información personal adicional

Nombre: _____

Fecha: _____

1. Por favor, hablemos de usted (Sea breve en sus respuestas, describa su vida matrimonial, su familia, su trabajo, salud; cuándo y cómo fue salvo, etc. cómo es su vida de iglesia y sus reuniones después de ser salvo):

a. ¿Cuándo y cómo fue salvo?

b. ¿Cómo es su vida de iglesia y sus reuniones?

c. Vida matrimonial y/o familiar:

d. Trabajo:

e. Salud:

2. ¿Por qué asisto a este entrenamiento?:

3. Mis expectativas en cuanto al entrenamiento:

Información Personal Adicional

Nombre: _____

Fecha: _____

4. Prácticas de vida, buscar la verdad y la práctica de la manera ordenada por Dios:

Avivamiento matutino personal diario: Sí: _____ No: _____

Lectura diaria de la Biblia: Sí: _____ No: _____

Oración diaria: Sí: _____ No: _____

Predicación del evangelio: Sí: _____ No: _____

Pastoreo de los nuevos: Sí: _____ No: _____

Asistir a la reunión de grupo pequeño: Sí: _____ No: _____

Profetizar en la reunión del domingo: Sí: _____ No: _____

Enumere todos los Estudios-vida que haya leído: _____

Otros: _____

Por favor proporcione el nombre, correo electrónico y teléfono móvil de dos ancianos/hermanos responsables que lo recomienden.

1) Nombre del Anciano/Hermano Responsable:

E-mail _____ Tel. Móvil _____

2) Nombre del Anciano/Hermano Responsable:

E-mail _____ Tel. Móvil _____

La aceptación de su solicitud depende de recibir la recomendación de al menos dos ancianos de la localidad que le está enviando. Es importante que haga llegar su solicitud completa directamente a la Oficina del Entrenamiento de Edad Mediana, enviándola por correo electrónico o correo postal. Tan pronto recibamos su solicitud, la oficina del Entrenamiento se pondrá en contacto con los ancianos con respecto a su recomendación. Una vez que hayamos recibido su solicitud completa y la recomendación de los ancianos, revisaremos la información presentada y le informaremos el estado de su solicitud por 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

QUESTIONARIO DE SALUD PARA EL QUE SE ENTRENA (para ser llenado por el solicitante y entregado junto con la solicitud CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Teléfono: _____
Fax/E-mail: _____
Localidad: _____ Nacionalidad: _____
Edad: _____ Sexo: _____ País natal _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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 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___ No___
 tuberculosis Sí___ No___
 hepatitis Sí___ No___
 enfermedades cardíacas 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 hábito 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 o 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 se ___
21. Usted compartirá la habitación con 5 personas o más ¿prevé algún problema? Sí ___ No ___
22. ¿Prevé usted algún problema relacionado con el cambio de cultura? Sí ___ No ___

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN

Inmunización/Prueba *	Fecha en que se recibió		
Td		Debe ser durante los pasados 10 años.	
Hepatitis A	#1	#2	
Hepatitis B **	#1	#2	#3
TB (subcutáneo) (PPD)	Fecha: Resultado:	Si es positivo , fecha de la radiografía:	Resultado de la radiografía:
MMR	#1	#2	

*Si aun no se reciben los resultados de las vacunas o la prueba de TB (PPD), favor de explicar las razones por la cual no se han recibidos los resultados en el espacio provisto más adelante.

Si la inmunización **no se ha recibido, indique la razón:

- a) La tuve y soy un portador
- b) La tuve y soy inmune
- c) No conozco mi situación; no recibí la serie completa. (Si este es el caso, una prueba de sangre puede verificar su estado.)

¿PADECE USTED DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

23. Cambio reciente de peso, dos kilos o más Sí ___ No ___
24. Dolor de muelas Sí ___ No ___
25. Encías rojizas, hinchadas o que sangran con facilidad Sí ___ No ___
26. Muelas que requieren ser rellenadas, extraídas o reemplazadas Sí ___ No ___
27. Dolores de cabeza Sí ___ No ___
28. Visión doble Sí ___ No ___
29. Mareos o desmayos Sí ___ No ___
30. Glaucoma Sí ___ No ___
31. Flujo nasal o dolor de garganta Sí ___ No ___
32. Sinusitis crónica Sí ___ No ___
33. Hemorragia nasal Sí ___ No ___
34. Otitis Sí ___ No ___
35. Impedimento auditivo Sí ___ No ___
36. Tiroides Sí ___ No ___
37. Glándulas dilatadas Sí ___ No ___
38. Tos por más de tres semanas, o esputo con sangre Sí ___ No ___
39. Asma o dificultad en la respiración Sí ___ No ___
40. Cualquier otra molestia pulmonar Sí ___ No ___
41. Dolores de pecho Sí ___ No ___
42. Soplo en el corazón Sí ___ No ___
43. Hinchazón de manos Sí ___ No ___
44. Asfixias nocturnas Sí ___ No ___
45. Dificultad respiratoria (cuando no está haciendo ejercicio) Sí ___ No ___
46. Dolor abdominal Sí ___ No ___

- | | | |
|--|----|----|
| 47. Náusea o vómito | Sí | No |
| 48. Agruras | Sí | No |
| 49. Eructos o gases excesivos | Sí | No |
| 50. Diarrea | Sí | No |
| 51. Estreñimiento | Sí | No |
| 52. Cambios recientes en hábitos intestinales | Sí | No |
| 53. Dolor abdominal relacionados con los movimientos intestinales | Sí | No |
| 54. Sangra cuando tiene sus movimientos intestinales | Sí | No |
| 55. Sensación de que se le pega la comida en la garganta | Sí | No |
| 56. Dificultad al ingerir | Sí | No |
| 57. Dolor al orinar | Sí | No |
| 58. Sangre en la orina | Sí | No |
| 59. Orina frecuente (más de 6/día o 1/noche) | Sí | No |
| 60. La presión de la orina es débil, y continua goteando después | Sí | No |
| 61. (Sólo para hombres) emisiones del pene | Sí | No |
| 62. Problemas matrimoniales | Sí | No |
| 63. Varices | Sí | No |
| 64. Dolor de coyunturas | Sí | No |
| 65. Dolor de piernas o de nalgas cuando camina, el cual se alivia al descansar | Sí | No |
| 66. Cambio de color o de tamaño de un lunar | Sí | No |
| 67. Sangrado de lunar | Sí | No |
| 68. Costra que no ha sanado en tres semanas o más | Sí | No |
| 69. Cambio del color de la piel | Sí | No |
| 70. Frecuentes infecciones de la piel | Sí | No |
| 71. Otras enfermedades de la piel | Sí | No |
| 72. Protuberancia debajo de la piel | Sí | No |
| 73. Anemia | Sí | No |
| 74. Coágulos de sangre | Sí | No |
| 75. Sufre magulladuras con facilidad | Sí | 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 PARA HERMANAS SOLAMENTE

- | | | |
|---|----|----|
| 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?
* Si es así, ¿en qué fecha y cuál fue el resultado?: _____ | Sí | No |
| 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?
* Si su respuesta es no, ¿en qué fecha cesó?: _____ | Sí | No |
| 96. ¿Cuántos embarazos ha tenido?: _____ | | |
| 97. ¿Cuántos alumbramientos ha experimentado?: _____ | | |

HISTORIAL SOCIAL Y DE TRABAJO

98. ¿Ha sido usted expuesto a situaciones peligrosas de trabajo?: Sí _____ No _____
99. Estado civil:
- Soltero (a): _____
- Casado (a): _____
- Viudo (a): _____
- Separado (a): _____
- Divorciado (a): _____
100. ¿Cuántos dependientes viven con usted (sin contar a su cónyuge): _____
101. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que ha recibido?: _____
Título: _____ Especialidad: _____
102. ¿Cuál era su empleo (s) antes de dedicarse a servir de tiempo completo?: _____
103. ¿Ha recibido alguna capacitación en medicina, enfermería o en alguna otra área del campo médico? Sí _____ No _____
- * Si su respuesta es sí, por favor, dénos detalles: _____

HISTORIAL FAMILIAR

- | 104. Parentesco | Si vive, Edad | Si ya murió, ¿a qué edad?, Edad del deceso | Estado de salud o la causa del deceso |
|-----------------|---------------|--|---------------------------------------|
| Padre | _____ | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ | _____ |
| Hermano | _____ | _____ | _____ |
| Hermana | _____ | _____ | _____ |
105. ¿Aparte de las enfermedades ya mencionadas, ¿existen alguna otra enfermedad en su familia? Sí _____ No _____
- * Si su respuesta es Sí, explique: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

106. ¿Cuánto mide? _____
107. ¿Cuánto pesa? _____
108. ¿Cuál es su ritmo cardiaco? _____
109. ¿Cuál es su presión arterial? _____
110. ¿Cuál es su nivel de glucosa en ayunas? _____
(Tanto la presión arterial así como el nivel de glucosa en la sangre se pueden obtener ya sea por medio de un profesional de salud o personalmente por medio de un artefacto casero propio o prestado)
111. ¿A quien 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: _____