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

5 de mayo del 2025

A LOS ANCIANOS DE LAS IGLESIAS

RE: Anuncio para el otoño del 2025
Entrenamiento de Tiempo Completo en Anaheim para la Edad Mediana

Agradecemos al Señor que el cuadragésimo cuarto período del Entrenamiento de Tiempo Completo de Edad Mediana (ETCA–EM) en múltiples idiomas está próximo a finalizar. Santos de varios países, tales como: Estados Unidos, Australia, Brasil, Canadá, China, Colombia, Corea del Sur, Nueva Zelanda, Puerto Rico, Reino Unido, Singapur, Taiwán y Uganda, participaron de este pasado período de entrenamiento. A pesar de sus diferentes razas, nacionalidades e idiomas, los entrenantes fueron 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 con un año completo de dos periodos de 15 semanas. El próximo período del Entrenamiento de Edad Mediana comenzará el 8 de septiembre del 2025 y concluirá el 20 de diciembre del 2025. El plan de estudios y el horario están diseñados para satisfacer las necesidades específicas de los santos de este grupo de edad. Las clases se imparten en inglés, chino, coreano y español. Esperamos que muchos santos en el recobro del Señor, entre las edades de 35 y 65 años, puedan aprovechar esta oportunidad para ser perfeccionados. Por favor consulte las hojas de información adjunta para obtener más información. Todas las solicitudes deben ser recibidas en la oficina del Entrenamiento de Edad Mediana a más tardar el 19 de agosto del 2025.

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

Información del entrenamiento a Tiempo Completo en Anaheim

Fecha: Lunes, 8 de septiembre del 2025 al sábado, 20 de diciembre del 2025.

Matrícula Fecha límite:
1. Todas las solicitudes, incluyendo todos los formularios médicos deben haberse recibido en la oficina del entrenamiento a más tardar el 19 de agosto del 2025.
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 Conferencias del Ministerio (MCC)
2431 W. La Palma Ave. Anaheim, CA 92801 Living Stream Ministry Campus
[Por favor tenga en cuenta la Nueva Dirección]

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, excepto durante las últimas tres semanas del entrenamiento. El período mínimo para participar en el entrenamiento a corto plazo es de una semana. Los solicitantes a corto plazo deben utilizar el mismo formulario de inscripción para inscribirse. Aquellos que vienen por corto plazo, deben planear llegar al entrenamiento en domingo o lunes.

Requisitos en el Vestuario: **Todas las normas con respecto al vestuario son OBLIGATORIAS para todos los entrenantes durante el periodo completo del entrenamiento, incluido el tiempo de receso semanal, es decir, desde el Día del Señor por la tarde a las 4:00pm hasta el lunes a las 7:00pm. Se espera que a su llegada al Entrenamiento el 8 de septiembre del 2025, día de inscripción y entrevistas tanto los hermanos como las hermanas se vistan de acuerdo con las normas especificadas a continuación. Tengan en cuenta que los uniformes NO están a la venta en el centro del entrenamiento.**

A. Hermanos:

1. **Atuendo para el Entrenamiento**
   a. Camisas: camisa de vestir blancas sólidas, manga larga con cuello. La camisa siempre debe estar metida dentro del pantalón en todo tiempo.
   b. 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 se permite pantalones cortos ni pantalones de mezclilla o jeans durante el entrenamiento.
   e. Camisetas interiores: blancas solamente.
   f. Zapatos de vestir/calcetines/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. No está permitido el uso de perfumes o lociones de fuerte fragancia.
2. **Atuendo para el Evangelio**
   a. Pantalones, beige, marrón/café, azul o negro sin ningún diseño.
   b. Camisa con botones y cuello y debe ir dentro del pantalón en todo tiempo.
3. **Atuendo 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 del pantalón en todo tiempo.
   d. Zapatos de vestir.
   e. Corbata—color y diseño conservador.

B. Hermanas:

1. **Atuendo para el Entrenamiento**
   a. Camisas: blancas sólidas con cuello. No debe ser estrecha. 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 1pulgada de alto o planos, talones puntas y lados cerrados, color negro o azul oscuro sólidos. No se permiten botas.
   d. Falda: No debe ser (estrecha) 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, ésta debe empezar debajo de la rodilla.
   e. Medias/Nylon: Negras o de 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. **Atuendo para el Evangelio**
   a. Falda: No debe ser (estrecha) 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, ésta debe empezar debajo de la rodilla
   b. Blusa o camisa—con botones y cuello. No se permiten blusas/tipo deportiva ni playeras.
   c. Zapatos: de color oscuro o neutro, cerrados, deben mantenerse siempre limpios, se permiten zapatos tenis/tipo náuticos, o estilos similares.
3. **Atuendo para el Día del Señor**
   a. No es necesario vestir con el vestuario del entrenamiento.
   b. Se requiere vestido o falda. 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, ésta debe empezar debajo de la rodilla.
   c. Blusa moderada y **no** debe ser estrecha
   d. Zapatos—cerrados de color oscuro o neutro.

C. Información General

1. Por favor traiga alguna ropa adicional según sus necesidades, así como ropa abrigada de invierno para el tiempo de frío, ropa para hacer ejercicios, ropa y zapatos del diario, etc. Las hermanas pueden usar medias abrigadas de color negro durante el tiempo de frio. No se permitirá el uso de mallas (*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, cobijas, etc. Traiga sus artículos personales tales como toallas, champú, etc.

Alojamiento: El entrenamiento hará arreglos para proveer alojamiento a los hermanos o hermanas solteros (as) que lo soliciten. Las parejas sin hijos, serán alojados juntos en una vivienda en la cual el entrenamiento ha hecho arreglos si es que ambos son entrenantes Parejas con niños también pueden calificar, siempre que puedan hacerse cargo de sus propias necesidades tales como alojamiento y gastos de manutención. Los entrenantes residentes en el Sur de California pueden desplazarse desde sus hogares diariamente.

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

Requisito médico: **Es obligatorio adquirir un seguro médico si se matrícula 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 que empieza su 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 no podrán participar del entrenamiento, incluyendo las comidas y el alojamiento. Si no han completado la prueba de tuberculosis.

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, en caso de que su prueba de TB subcutánea resulte positiva, el radiólogo hará constar en ingles, 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 cara 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 mayores de 50 años de edad, 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:	Entrenante con alojamiento:	**Matricula y comidas:** US $ 4050 por el período de 15 semanas, o $270/semanal **Alojamiento:** $1200 por el período de 15 semanas, u $80.00/semanal
	Los que viajan diario:	**Matricula y comidas:** US $2850 por el período de 15 semanas ó $190/semanal (no alojamiento)
	Gastos personales:	No están incluidos en lo mencionado arriba

Pago: Los pagos pueden efectuarse en forma de cheque, efectivo o tarjeta de crédito.
Para más detalles sobre los pagos, póngase en contacto con la persona encargada de la contabilidad de FTTA-MA.
Irene Chen: Número de teléfono 714-224-6393; Correo Electrónico: irenec@ftta.org

Programa de pagos:
Alternativa 1: Pago completo el 9/8/2025.
Alternativa 2: Cada 4 semanas el 9/8/2025, 7/10/2025, 4/11/2025, y el 2/12/2025

Itinerario

Días de clases:
Martes a viernes – 9:00 AM a 2:45 PM
Martes– 7:30 PM a 8:30 PM (Asistir a la Reunión de Oración de la iglesia)
Miércoles – 7:30 PM a 9:30 PM (Asistir a la Reunión del Ministerio)

Fin de semana:
Sábado – 9:00 AM a 11:30 AM (Tiempo de Estudio)
Viernes y sábados por la noche – Asistir a la 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 Semianual Es altamente recomendable que todos los que se entrenan asistan a los Entrenamientos Semianuales de julio y diciembre. La inscripción para los entrenamientos se debe hacer a través de la localidad que le ha enviado.

A quién contactar: **Middle-age Full-time Training Office**: 714-236-6027; Office Fax: 714-236-6029
Dirección postal: 2431 W La Palma Ave, Anaheim, CA 92801, U.S.A.
Email Address: midage@ftta.org
Página web: www.fttamidage.org

Traducción: Los entrenantes que no dominen el idioma ingles se les recomienda traer un teléfono inteligente con audífonos.

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

Otoño del 2025 (8/9/25 al 20/12/25) *Fecha límite: 19 de agosto del 2025*

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

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, háblenos 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. Su matrimonio y/o su familia:

_____
_____
_____

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 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___ 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 Sí___ No___
    - Mental Si___ No___

    * En caso afirmativo indique fecha, motivo y resultado._____
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. ¿Cuantas 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. ¿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?

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

45. Dolor abdominal Sí___ No___
46. Náusea o vómito Sí___ No___
47. Agruras Sí___ No___
48. Eructos o gases excesivos Sí___ No___
49. Diarrea Sí___ No___
50. Estreñimiento Sí___ No___
51. Cambios recientes en hábitos intestinales Sí___ No___
52. Dolor abdominal relacionados con los movimientos intestinales Sí___ No___
53. Sangra cuando tiene sus movimientos intestinales Sí___ No___
54. Sensación de que se le pega la comida en la garganta Sí___ No___
55. Dificultad al ingerir Sí___ No___
56. Dolor al orinar Sí___ No___
57. Sangre en la orina Sí___ No___
58. Orina frecuente (más de 6/día o 1/noche) Sí___ No___
59. La presión de la orina es débil, y continua goteando después Sí___ No___
60. (Sólo para hombres) emisiones del pene Sí ___ No ___
61. Problemas matrimoniales Sí___ No___
62. Varices Sí___ No___
63. Dolor de coyunturas Sí___ No___
64. Dolor de piernas o de nalgas cuando camina, el cual se alivia al descansar Sí___ No___
65. Cambio de color o de tamaño de un lunar Sí___ No___
66. Sangrado de lunar Sí___ No___
67. Costra que no ha sanado en tres semanas o más Sí___ No___
68. Cambio del color de la piel Sí___ No___
69. Frecuentes infecciones de la piel Sí___ No___
70. Otras enfermedades de la piel Sí___ No___
71. Protuberancia debajo de la piel Sí___ No___
72. Anemia Sí___ No___
73. Coágulos de sangre Sí___ No___
74. Sufre magulladuras con facilidad Sí___ No___
75. Sangrado prolongado después de intervenciones o heridas Sí___ No___
76. Convulsiones Sí___ No___
77. Debilidad o parálisis Sí___ No___
78. Dificultad para dormir en la noche Si___ No___
79. Cuándo despierta en la noche, ¿tiene dificultad en volverse a dormir? Sí___ No___
80. ¿Ha estado usted bajo cuidado psiquiátrico o se lo han recomendado? Sí___ No___
81. Fobias (tales como claustrofobia) Sí___ No___
82. Le cuesta adaptarse a nuevas situaciones Sí___ No___
83. Intolerante al calor o al frío Sí___ No___
84. Cambio de tamaño en guante o sombrero Sí___ No___
85. Cambio en el crecimiento del cabello Sí___ No___

LAS PREGUNTAS DEL 87 AL 97 SON PARA HERMANAS SOLAMENTE

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

HISTORIAL SOCIAL Y DE TRABAJO

97. ¿Ha sido usted expuesto a situaciones peligrosas de trabajo?: Sí_____ No_____
98. Estado civil:

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

99. ¿Cuántos dependientes viven con usted (sin contar a su cónyuge): _____
100. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que ha recibido?: _____
Título: _____ Especialidad: _____
101. ¿Cuál era su empleo (s) antes de dedicarse a servir de tiempo completo?: _____
102. ¿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

103.

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	_____	_____	_____

104. ¿Aparte de las enfermedades ya mencionadas, ¿existen alguna otra enfermedad en su familia? Sí _____ No_____

* Si su respuesta es Sí, explique: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

105. ¿Cuánto mide? _____
106. ¿Cuánto pesa? _____
107. ¿Cual es su ritmo cardiaco?_____
108. ¿Cuál es su presión arterial?_____
109. ¿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)

110. ¿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: _____