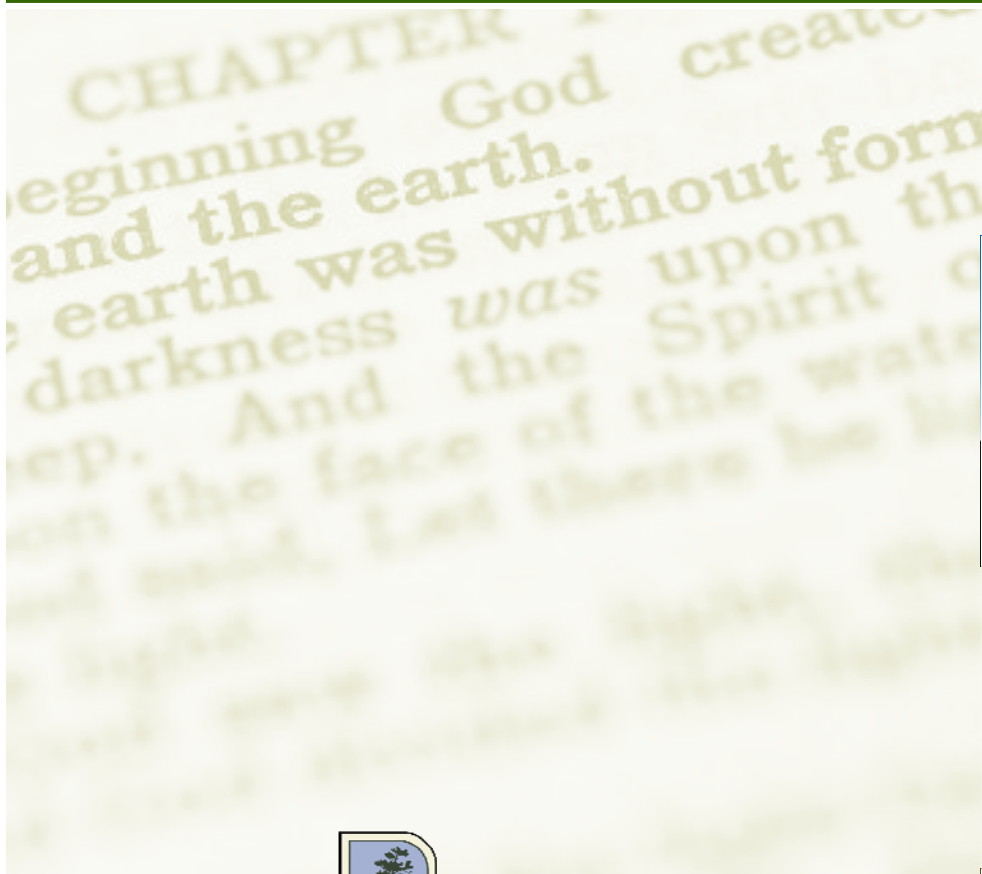


MEMBRESÍA

formulario



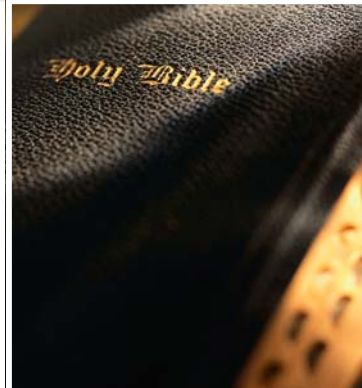
**cedar
mill
bible
church**

12208 NW Cornell Rd.
Portland, OR 97229

Offices/Mailing:
14273 NW Science Park Dr.
Portland, OR 97229

503.644.3156 fax 503.520.9272
e-mail: mail@cmbc.org

www.cmbc.org
Last modified 02/23/06



confidencial

Fecha: _____

Nombre: _____

¿Cuánto tiempo ha asistido a CMBC? _____

Nombre de la Iglesia a que asistía: _____

Razones para dejarla:

Razones por las que Ud. quiere unirse a CMBC:

De acuerdo a lo que Ud. entiende, ¿quién es Jesucristo?

Defina qué significa ser un Cristiano. Usando esta definición, ¿es Ud. un Cristiano?

Aproximadamente la fecha de su conversión: _____

Ha sido Ud. bautizado por inmersión desde que se convirtió en Cristiano?

Sí No

Aproximadamente la fecha de su bautismo: _____

Si no es así, ¿desearía Ud. ser bautizado? Sí No

¿Está Ud. deseoso de someterse espiritualmente al liderazgo de CMBC?
(Hebreos 13:17) Sí No

Si no, por favor explique: _____

¿Ha leído Ud. completamente la **Declaración de Fe**? Sí No

¿Tiene Ud. alguna reservación para firmarla? Sí No

Si la tiene, explique:

Testimonio Personal : Por favor, incluya cómo llegó a ser un Cristiano y qué diferencia ha producido en sus actitudes, comportamientos, prioridades, etc.
(Puede usar el lado reverso si es necesario.)

Firma: _____

Fecha: _____

Comentarios de la persona que entrevista:

Firma de la persona que entrevista: _____

Fecha: _____

Formulario de Información

Éste es mi primera Información Estoy actualizando mi Información

Favor de llenar en forma completa y legible..

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Nombre por el que es conocido: _____ Nombre del Cónyuge: _____

Estado Marital :

Soltero Casado Viudo
Separado Divorciado Segunda Nupcias

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Área Geográfica (Vecindario): _____

Teléfono/E-mail/Fax: Teléfono no publicado

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail de la Casa: _____ E-mail Trabajo: _____

Use mi E-mail para contactarme o informarme de las actividades de CMBC: Sí No E-mail y Correo

Ocupación: _____ Tiempo-Completo Tiempo-Time Retirado

Información Familiar :

Niños menores de 18

Fecha de Nacimiento

Año de Graduación del Secundario

Contacto en caso de Emergencia (Nombre, Relación con Ud., Teléfono):

Asociación con CMBC:

Miembro Asistente Regular SRF 9:00 a.m. 11:00 a.m.

¿Por cuánto tiempo ha estado asistiendo? Menos de 1 año 1 a 3 años 3 a 5 años Más de 5 años

¿Ha desarrollado amistades significativas aquí? Sí No

¿Asiste Ud. a algún Grupo pequeño o Célula en CMBC? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿A cuál? _____

Ya que Dios nos ha creado y preparado en forma única para hacer una diferencia en las vidas de la gente, CMBC desea ayudar a cada persona a descubrir como Dios quiere usarlos a ellos para servir a El en la iglesia, en la comunidad, y en el mundo. Por favor, complete la lista en el reverso, indicando áreas en las cuales Ud. desearía ofrecer voluntariamente su servicio.

Office Use Only
Name: _____

Dones Espirituales

Favor de marcar aquello que se aplica a Ud. y anote su nivel de experiencia.

N = Novicio I = Intermedio E = Experimentado

Don Espiritual

Nivel de Experiencia

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profecía | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Servicio | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Exhortación | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Dar | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Administración | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Misericordia | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Liderazgo | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Pastor/Anciano | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Hospitalidad | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Evangelismo | N | I | E |

Otro: _____

- No estoy enterado de mi don o dones espirituales.

Habilidades, Talentos y Experiencia Ministerial

Marcar cada área en la cual Ud. es capaz de ofrecer sus servicios voluntarios a la familia de CMBC y anote su nivel de experiencia.

N = Novicio I = Intermedio E = Experimentado

Habilidad

Nivel de Experiencia

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> REPARACIONES - | | | |
| <input type="checkbox"/> Artefactos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Afinamiento de autos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Carpintería | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Plomería | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Misc. domésticos | N | I | E |

Otro: _____

CASA/PATIO -

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza/tareas | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Livianas domésticas | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Pintura | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Trabajos en el Patio (desyerbar, rastrillar, desagües, ventanas) | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Muebles/mudanza de casa | N | I | E |

Otro: _____

TRANSPORTACIÓN -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transportación de los enfermos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Manejo de vehículos comerciales | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Conductor - Van / Auto | N | I | E |

FOOD -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda de emergencia | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Comidas especiales | N | I | E |

Otro: _____

ACTIVIDADES Y EVENTOS -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor de alimentos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Cocinar/preparar comida | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Planear eventos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Planear Retiros | N | I | E |

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Campamentos | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Ministerio con Deportes | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Proyectos de dirección | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Mercado/Publicidad | N | I | E |

Otro: _____

NEGOCIOS -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Computadoras | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Publicaciones | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Planeamiento Financiero / Asesoramiento | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Trabajos generales oficina | N | I | E |

Otro: _____

ARTES/OFICIOS -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caligrafía | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Decoración | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Arreglos Florales | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Diseño Gráfico | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Costura | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Trabajos con madera | N | I | E |

Otro: _____

ARTES REFINADOS -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arte | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Música | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Coral/vocal | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Keyboard/piano | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Músico Instrumental | N | I | E |

Instrumento: _____

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Danza | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Drama | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Sonido/iluminación | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Microsoft® PowerPoint® | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Videography | N | I | E |
| <input type="checkbox"/> Multi-media | N | I | E |

Otro: _____

Intereses y Pasiones

Numere las 3 edades/etapas que Ud. gozó sirviendo, ordenándolos de 1 a 3 (siendo 1 el mayor).

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Infantes/pre-escolares | <input type="checkbox"/> | Colegio/18-24 años | _____ |
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> | Jóvenes/25-34 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela media | <input type="checkbox"/> | Adultos/35-64 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> | Adultos mayores/65+ | _____ |

Numere las 3 necesidades a las cuales Ud. es más sensible, ordenándolos de 1 a 3 (siendo 1 el mayor).

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Adolesc. embarazadas | <input type="checkbox"/> | Desempleados | _____ |
| <input type="checkbox"/> Incapacitados | <input type="checkbox"/> | Adictos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Divorciados | <input type="checkbox"/> | Sin hogar | _____ |
| <input type="checkbox"/> Viudas | <input type="checkbox"/> | Luto, duelo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Persona confinada | <input type="checkbox"/> | Hospitalizados | _____ |
| <input type="checkbox"/> Necesidades Emocio. | <input type="checkbox"/> | Cuidados Ancianos | _____ |

Otro: _____

Numere 3 de los siguientes temas por los que Ud. Siente mucha pasión, ordenándolos de 1 a 3 (siendo 1 el mayor).

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Discipulado/Guía | <input type="checkbox"/> | Cuestiones políticas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Satisfaciendo necesidades de pobres | <input type="checkbox"/> | Matrimonio y familia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Leer y escribir | <input type="checkbox"/> | Alcanzando perdidos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Oración | <input type="checkbox"/> | Ministerio trans-cultural | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hospitalidad | <input type="checkbox"/> | Adoración | _____ |

Otro: _____