

INVENTARIO PERSONAL CONFIDENCIAL

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

Dirección Electrónica: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono en la noche _____

Teléfono Móvil: _____

☐ Hombre ☐ Mujer

Edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Iglesia local _____

¿Es usted miembro? _____

Ninguna Iglesia en la actualidad _____ Iglesia anterior _____

¿Cómo se enteró de este Ministerio Libertador de la Comunidad? _____

Estado Civil Actual _____ Si es casado(a) ¿Cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez se ha divorciado? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Cuánto tiempo estuvo casado (a) antes de divorciarse? _____

Vocación (dónde, para qué trabajo y cuándo):

Actualmente _____

Anterior más reciente _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. General

1. ¿Fue usted adoptado (a)?
2. Brevemente describa la experiencia Cristiana de sus padres (p. ej: ¿eran cristianos y profesaban y vivían su cristiandad?)
3. ¿Están vivos sus padres? Si es así, están actualmente casados o divorciados?
4. ¿Hubo un sentido de seguridad y armonía durante los primeros 12 años de su vida? Explique.
5. ¿Era el padre claramente la cabeza del hogar o, ¿fue al contrario y la madre mandaba en la casa? Explique.
6. ¿Cómo trataba su padre a su madre?
7. ¿Hubo alguna vez, que usted sepa, una relación adúltera de sus padres o abuelos? ¿Alguna relación incestuosa?

B. Salud Familiar

1. ¿Hay algún problema de adicción en su familia (alcohol, drogas, tabaco, juegos de azar, etc?)
2. ¿Tiene usted alguna adicción o antojos exagerados que se le hace difícil controlar? Si es así, por favor explique.
3. ¿Hay antecedentes de enfermedad mental? Explique.

C. Ambiente de Moralidad

Durante los primeros 18 años de su vida, ¿cómo calificaría la atmósfera de moralidad en la que usted fue criado(a)? (Ponga un círculo al número)

<i>Área de Vida</i>	<i>Muy permisivo</i>	<i>Permisivo</i>	<i>Promedio</i>	<i>Estricto</i>	<i>Muy estricto</i>
Ropa	5	4	3	2	1
Sexo	5	4	3	2	1
Salidas con el sexo opuesto	5	4	3	2	1
Películas	5	4	3	2	1
Música	5	4	3	2	1
Literatura	5	4	3	2	1
Libre albedrío	5	4	3	2	1
Tomar	5	4	3	2	1
Fumar	5	4	3	2	1
Asistir a la Iglesia	5	4	3	2	1

D. Relaciones Significativas

Proporcione una lista de los nombres de personas que han tenido una influencia significativa en su vida, incluyendo sus hermanos. Explique brevemente cómo su influencia fue significativa.

E. Etapas de Su Vida

En cada uno de las siguientes etapas de su vida, proporcione 2 o 3 adjetivos que describan su vida durante esas etapas. Explique por qué se sintió de esa manera o cuál fue la causa de los sentimientos de aquella época de su vida. Escriba “no recuerdo” si no tiene ningún recuerdo de ese tiempo y, escriba “N/A” si no ha llegado a esa edad.

Educación pre-escolar

De Kinder a 2do. Grado

De 3o. a 6to. Grado

Escuela Secundaria

Escuela Preparatoria

Los 20's

Los 30's

Los 40's

Los 50's

Los 60's en adelante

4. HISTORIA DE SALUD PERSONAL

1. Salud Física

1. ¿Está actualmente tomando algún tipo de medicamento por males físicos o psicológicos?
Si es así, ¿cuál?
2. ¿Está viendo a un consejero o terapeuta en este momento?

Si es así, ¿cuánto tiempo hace que ve usted al consejero?

Si es así, ¿con qué frecuencia ve usted al consejero?
3. ¿Ha visto a un Consejero en el pasado?
Si es así, ¿hace cuánto tiempo hace de esto?
4. ¿Tiene problemas para dormir? Explique
5. ¿Tiene pesadillas con frecuencia o alguna otra molestia constante? Si es así, explique.
6. ¿Su horario le permite tener ratos en forma regular para descanso y recreo?
7. ¿Ha sido usted alguna vez violentado o abusado sexualmente? Explique.

2. Salud Físico-mental

1. ¿Con cuál de estos problemas está luchando en la actualidad?

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Jaquecas | <input type="radio"/> Pensamientos lujuriosos |
| <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Pensamientos blasfemos |
| <input type="radio"/> Letargo | <input type="radio"/> Pensamientos compulsivos/obsesivos |
| <input type="radio"/> Fantasías | <input type="radio"/> Soñar despierto (a) |

2. ¿Pasa mucho tiempo deseando ser otra persona o fantaseando con la idea de que usted es otra persona o imaginándose a sí mismo(a) en otra época, lugar, o bajo diferentes circunstancias? Explique

3. ¿Cuántas horas de televisión ve por semana? _____
¿Cuáles son sus cinco programas favoritos?

4. ¿Cuántas horas por semana escucha música? _____
¿Qué tipo de música disfruta más?

5. ¿Cuántas horas lee por semana? _____
¿Qué es lo que más lee?

6. ¿Tiene devocionales bíblicos en forma regular? Describa qué hace mientras se dedica a sus devociones personales.

7. ¿Encuentra que la oración es difícil? Explique

8. Cuando asiste a la iglesia o alguna otra reunión Cristiana, ¿lo molestan pensamientos repugnantes, envidias u otro tipo de hostigamiento mental? Explique

3. Emocional

1. ¿Cuál de las siguientes emociones está teniendo dificultad en controlar?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Frustración | <input type="radio"/> Falta de autoestima |
| <input type="radio"/> Enojo | <input type="radio"/> Depresión |
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Odio |
| <input type="radio"/> Soledad | |

2. ¿Cuál de las emociones de la lista anterior, considera usted pecado? ¿Por qué?

3. El temor es un sentimiento común que con frecuencia se ignora. Favor indicar cuál de los siguientes temores está usted experimentando.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Temor a la muerte | <input type="radio"/> Temor a nunca llegar a casarse |
| <input type="radio"/> Temor a no saber amar o no ser amado | <input type="radio"/> Temor a enloquecer |
| <input type="radio"/> Temor a Satanás | <input type="radio"/> Temor a una confrontación |
| <input type="radio"/> Temor a ser avergonzado | <input type="radio"/> Temor a no salvarse |
| <input type="radio"/> Temor al fracaso | <input type="radio"/> Temor a que Dios no le ame |
| <input type="radio"/> Temor a convertirse en víctima | <input type="radio"/> Temor a ser un caso perdido |
| <input type="radio"/> Temor a haber cometido el pecado imperdonable | |
| <input type="radio"/> Temor a la desaprobación | <input type="radio"/> Temor al rechazo |
| <input type="radio"/> Temor a ser o volverse homosexual | <input type="radio"/> Temor al futuro |
| <input type="radio"/> Temor a problemas financieros | <input type="radio"/> Temor a perder un ser querido |
| <input type="radio"/> Temor al matrimonio | <input type="radio"/> Temor al divorcio |
| <input type="radio"/> Temor a ciertos individuos (nómbrelos) _____ | |
| <input type="radio"/> Otros temores que no han sido identificados _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

4. En cuanto a sus emociones (positivas o negativas) ¿cuál de lo siguiente le describe mejor?
- ☐ Expreso las emociones fácilmente
 - ☐ Fácilmente reconozco su presencia pero soy reservado(a) en expresar mis emociones
 - ☐ Tengo tendencia a reprimir o negar las emociones
 - ☐ Encuentro más seguro el no expresar mis sentimientos
 - ☐ Tiendo a ignorar lo que siento porque no puedo confiar en mis sentimientos
5. ¿Con qué persona en su vida puede ser usted emocionalmente honesto (a) ahora mismo? (p.ej.: ¿a quién puede decirle exactamente cómo se siente?)
6. ¿Cuán importante es ser emocionalmente honesto ante Dios y cómo siente que usted lo es? Explique:

HISTORIA ESPIRITUAL

- A. Si falleciera esta noche, ¿sabe dónde pasaría la eternidad?
(Es decir, ¿está usted 25%, 50%, 75% o 100% seguro(a) que se irá al Cielo?)
- B. Suponiendo que falleciera esta noche y se presentara ante Dios en el Cielo, y Él le preguntara ¿Por qué debería dejarle entrar al Cielo? ¿Cómo le respondería?
- C. 1 Juan 5:11, 12 dice: “Dios nos ha dado vida eterna y esa vida está en Su Hijo. El que tiene al Hijo, tiene vida; el que no tiene al Hijo de Dios no tiene la vida”.
1. ¿Vive el Hijo de Dios dentro de usted?
2. ¿Cuándo lo recibió? (Juan 1:12)?

3. ¿Cómo sabe que lo ha recibido?

D. ¿Está usted plagado(a) por dudas concernientes a su salvación?

E. ¿Está al presente disfrutando de reuniones en hermandad con otras personas creyentes y si es así, ¿dónde y cuándo?

F. ¿Está usted bajo la autoridad de una iglesia local donde se predica la Biblia y la apoya con regularidad dando su tiempo, talento y tesoro? Si no es así, ¿Por qué?

INVENTARIO DE EXPERIENCIAS NO-CRISTIANAS

Ponga un círculo alrededor de aquellas experiencias no cristianas en las que usted ha tomado parte o ha estado expuesto. Ponga una flecha al lado de aquellas en las que sus padres, abuelos u otros parientes hayan tomado parte.

Experiencia extra corporal	Sesiones/médiums/canalizadores	Hare Krishna
Tablero Ouija	Magia negra o blanca	Bahaísmo
Bloody Mary (María Sangrienta)	Pactos de sangre	Culto a los espíritus de los
Hinduismo	Hechizos o maldiciones	indios americanos
Juegos secretos	Fetichismo/cristales/talismanes	Espíritus sexuales
Islamismo	Bola Mágica	Artes marciales (misticismo)
Budismo (incluyendo el Zen)	Supersticiones	Musulmanes negros
Telepatía/control mental	Escritura automática	Mormonismo (<i>santos de los últi-</i>
Rosacruces	Testigos de Jehová	<i>mos días</i>)
Trances	Guías espirituales	Dioses falsos (<i>dinero, poder</i>
Nueva Era (enseñanzas, medicina)	Masones	<i>sexual, placer, ciertas personas</i>)
Adivinación/leer la suerte	Levitación	Brujería / hechicería

Cartas de Tarot	Visitas espirituales y pesadillas	Ciencia cristiana/ciencia de la
Iglesia de la Unificación	Scientología	mente
El "Forum"	Satanismo	Lectura de la mano
Unitarismo/universalismo	Astrología / horóscopos	Control mental Silva
Hipnotismo	Meditación Trascendental	Proyección astral
Yoga (la religión no los ejercicios) Otros (religiones no cristianas, cultos, películas, música, libros, video-juegos, revistas de historietas, juegos de fantasía que glorifican a Satanás, toda otra experiencia espiritual dudosa)		

1. ¿Ha sido hipnotizado alguna vez, ha asistido a un seminario de nueva era o de parasicología, ha consultado algún médium, espiritista o canalizador?
2. ¿Tiene usted o ha tenido un amigo imaginario o un espíritu guía que le ofrece dirección o compañía? Explique.
3. ¿Ha escuchado voces en su mente o tiene pensamientos recurrentes o fastidiosos que son ajenos a lo que usted cree o siente, como si hubiera un diálogo constante en su mente? Explique.
4. ¿Qué otras experiencias espirituales ha tenido que considere que son fuera de lo normal?