



## Aplicación para voluntarios

Lifeline Wellness Center es un centro de vida sana donde las personas vienen aprender como tomar el control de sus salud, a través del entendimiento del correcto diseño de Dios para el hombre y la mujer. Tenemos un sistema de voluntarios por las siguientes razones:

1. Entrenar y enseñarle a las personas de un estilo de vida saludable.
2. Llenar un de las posiciones disponibles en el equipo del Centro.
3. Mantener los costos bajos para nuestros visitantes y estudiantes.
4. Promover el servicio misionero, trabajo en equipo y el proceso de aprendizaje mutuo.

Para conocerle mejor:

### Información de su contacto:

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

Dirección: \_\_\_\_\_.

Ciudad, Estado, Código postal:

⌵  
Tel. #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_.

### Referencias:

Recomendaciones: (Nombre 3 referencias)

Referencia #1: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_.

⌵  
Referencia #2: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_.

⌵  
Referencia #3: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_.

⌵  
¿Atiende alguna iglesia? \_\_\_\_\_ Si, si, ¿cual? \_\_\_\_\_.

Nombre del pastor: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_.

### Información sobre el voluntario

¿Por qué quiere ser voluntario?

⌵  
¿Cómo nos conoce?

⌵  
¿Cuál es su edad? (Si es menor de 16 años, mencione a su encargado legal)

⌵  
¿Cuánto tiempo va a dedicar para ser voluntario? (6 meses, 9 meses ó un año)

⌵  
¿Cómo piensa pagar por su viaje al Centro?

⌵



¿Qué idiomas habla?

\_\_\_\_\_.

**Estilo de vida del voluntario:**

¿Qué tipo de alimentación tiene en este momento? (Circule uno): Vegano (ningún producto animal)  
Vegetariano [Lacto-Ovo] Omnívoro (Frutas, Vegetales, Cereales, Carne, etc.)

¿Usted: Fuma Bebe alcohol o usa alguna droga? \_\_\_\_\_.

¿A qué horas come típicamente? \_\_\_\_\_.

¿Cuán frecuente se ejercita? \_\_\_\_\_.

¿A qué horas se acuesta a dormir regularmente? \_\_\_\_\_.

**Educación:**

¿Cuál es su nivel de educación? Escuela superior Asociado Bachillerato Maestría  
Doctorado

¿Qué certificación o título obtuvo? \_\_\_\_\_.

¿Cuál es su experiencia laboral? \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

**Salud:**

¿Tiene alguna condición de salud?  
\_\_\_\_\_.

Si tiene explique:  
\_\_\_\_\_.

¿Se esta tratando su condición?  
\_\_\_\_\_.

¿Toma algún medicamento o suplemento?  
\_\_\_\_\_.

Si, si, ¿cuál?  
\_\_\_\_\_.



¿Cuánto tiempo hace que tiene esta condición?

\_\_\_\_\_.

¿Tiene seguro medico?

\_\_\_\_\_.

**Historia Familia:**

¿Esta casado(a)? \_\_\_\_\_.

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_.

**Intereses:**

- Ayuda en la cocina: (ayuda en la cocina, germinados, purificación del agua, wheat grass, etc.)
- Mantenimiento
- Repostería saludable
- Jardín| Invernadero
- Multimedia
- Coordinación de los programas
- Entrenador de salud
- Trabajo de oficina