

Carta al Psicólogo o Médico Especialista

Oficina de Formación y Desarrollo del Liderazgo
Iglesia de la Comunidad Metropolitana

Fecha

Dr./Dra.

Estimado Dr/Dra ...

Re: Nombre, dirección y fecha de nacimiento

La persona arriba mencionada se ha acercado a la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo con la intención de obtener la formación profesional para el ministerio ordenado en las Iglesias de la Comunidad Metropolitana.

Con el fin de evaluar su capacidad para la vocación religiosa sería útil, antes de comenzar su entrenamiento, contar con una evaluación sobre sus capacidades psicológicas, así como otras dimensiones sociales y vocacionales.

Nos interesa recibir una evaluación psicológica que incluya las siguientes dimensiones:

- A. Información biográfica pertinente: familia de origen, experiencias educativas, relaciones interpersonales (incluyendo desarrollo como individuo así como su dimensiones psicosexuales), historia vocaciones, detalles médicos y psiquiátricos, entre otros.
- B. Capacidades psicológicas
 - 1.Salud mental, psicopatologías
 - 2.Capacidad para expresar un abanico amplio de emociones
 - 3.Capacidad para articular sus fortalezas, destrezas, debilidades y potencial como individuo.
 - 4.Capacidad para manejar estrés.
 - 5.Ausencia de enfermedades psicosomáticas or adiciones
 - 6.Capacidad intelectual
 - 7.Uso de mecanismos de defensa
- C. Dimensiones psicosociales
 - 1.Apertura hacia otras personas y capacidad de ser afectuoso
 - 2.Consciente de sí mismo y cómo impacta a otras personas
 - 3.Apariencia física y cuidado personal
 - 4.Relación con las autoridades
 - 5.Capacidad para manejar conflictos interpersonales

D. Potencial

- 1.Potencial como líder
- 2.Entendimiento de su vocación
- 3.Intereses vocacionales
- 4.Conciencia de éticas sexual y profesional
- 5.Capacidad administrativa (manejo de prioridades)

Como un ministro ordenado, _____ tendrá las siguientes características principales:

Incontables horas de trabajo
Contacto con niños/niñas y con adultos vulnerables
Hablar en público
Manejo conflictos

Se adjunta el permiso de su paciente para la evaluación psicológica. De conformidad al derecho que le asiste él /ella interesa/no interesa tener acceso al informe.

Sírvanse formular observaciones sobre la salud general de ---- y su capacidades psicológicas en particular. Específicamente

Agradecería una pronta respuesta por lo que adjunto un sobre pre-franqueado.

Atentamente

Rev. Margarita Sánchez De León

Autorización para la evaluación psicológica

Como parte de su preparación para asistir al retiro **Preparación para la Entrada a la Vocación Pastoral (PEVP)** para su proceso conducente a la formación ministerial tenemos que escribir a un psicólogo o médico de cabecera con el fin de discernir su capacidad para llevar a cabo las múltiples funciones que conlleva la vocación pastoral. Este formulario de consentimiento se utiliza en relación con la información provista en su evaluación psicológica.

Soy consciente de mis derechos como paciente y mi derecho a la privacidad sobre el acceso a los informes médicos y doy mi consentimiento para que la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo solicite una evaluación psicológica que provea información pertinente sobre mi bienestar físico y / o de salud mental.

Entiendo que proveeré una copia de este consentimiento al profesional de la salud y tendrá la validez del original.

Entiendo que el informe psicológico será confidencial y será para el uso exclusivo de la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo.

Nombre del Psicólogo/a o del Médico:	
Número de Tel:	
Dirección de la oficina:	
Código Postal:	

Firma:		Fecha:	
Nombre en letra de molde:			

Por favor devuelva la Autorización para la evaluación psicológica y el historial de salud a: OFLD@MCCchurch.net

Consentimiento de Evaluación Psicológica - Notas explicativas

La Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo tiene que recibir una evaluación psicológica de un profesional de la salud especializado (psicólogo/a o médico) que ha sido responsable de su cuidado de salud física y/o mental.

Antes de firmar el formulario de consentimiento debe ser consciente de que tiene ciertos derechos que le asisten.

Resumen

1. Negar su consentimiento a la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo para hacer una solicitud de una evaluación psicológica.
2. Ver el informe psicológico antes de que se envíe a nosotros.
3. Solicitar al profesional de la salud especializado la modificación de cualquier parte del informe médico que usted considera que es inexacta, o bien:
4. Adjuntar una declaración escrita dando su punto de vista sobre el contenido si el especialista se abstiene de modificar el informe psicológico.
5. Retirar su consentimiento a la evaluación psicológica que se suministra a la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo

Tenga en cuenta que el especialista no está obligado a dejarle ver las partes del informe psicológico que él o ella cree que podrían causar daños a su salud física o mental o a la de los demás, o que revelaría información sobre otra persona o la identidad de una persona que les haya suministrado información sobre su salud a menos que esa persona también consiente. En estas circunstancias, el/la especialista le notificará y le permitirá a ver las demás partes del informe.

Historial de Salud

¿Disfruta de Buena salud en este momento?	Sí/No
¿Tiene algún problema de audición que no es auxiliado por algún equipo corrector?	Sí/No
¿Tiene algún problema de la vista no mejorado por gafas o lentes de contactos?	Sí/No
¿Tiene problemas del habla? Por favor provea detalles si la respuesta es afirmativa.	Sí/No
¿Se le ha concedido retiro o licencia debido a problemas de salud?	Sí/No

¿Tiene o en los pasados doce meses ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor provea información completa en la columna adjunta	Sí	No	Por favor especifique la condición y provea detalles.
1. ¿Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad mental (como depresión, ataque de nervios, ansiedad, ataques de pánico o trastorno alimentario)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha sido o está siendo tratado por un problema de adicción (drogas o alcohol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DECLARACION:

Declaro que todas las respuestas contenidas en este cuestionario de salud son, de conformidad a mi conocimiento, la verdad,	
y	
Estoy de acuerdo en que la Oficina de Formación y Desarrollo de Liderazgo utilice la información que he proporcionado en este formulario y cualesquiera otros datos que proporcione electrónicamente, por teléfono o por escrito con el propósito de evaluar mi capacidad para el retiro "Preparación para la Entrada a la Vocación Pastoral" (PEVP) y/o para ser admitido como estudiante en ICM.	
Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	